

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 18

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión y Corrupción Corte abril 2024
Dependencia (s)	- Comunicaciones y Atención al Usuario - Gestión Documental - Gestión Financiera - Gestión Humana - Gestión Logística - Tecnologías de la Información
Auditor:	Cesar Andres Cardona Rincon

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 OCI, por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su 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.

Así mismo, de acuerdo con la Política de operación para la administración del riesgo del Hospital Militar Central, se determina la Administración del Riesgo como parte integral de la gestión de la entidad con el fin de favorecer el desarrollo, la sostenibilidad, el logro de los objetivos institucionales, dando así cumplimiento a las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, esquema de seguridad de las líneas de defensa definido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI, Guía para la administración del riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública, al modelo de seguridad y privacidad de la información de la estrategia de Gobierno Digital y demás normatividad aplicable.

2. OBJETIVO

Realizar evaluación y seguimiento al Mapa de Riesgos de gestión y corrupción vigencia 2024, con corte al mes de abril de la misma vigencia, con el fin de verificar la efectividad de los controles para mitigar los riesgos identificados, a través de la medición del diseño, ejecución y monitoreo de los mismos, de conformidad con la Política de administración del Riesgo adoptada en la Entidad, el Modelo Integrado de

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 2 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Planeación y Gestión MIPG y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.

3. ALCANCE

Se verificará la efectividad de los controles aplicados por parte de las dependencias para mitigar los riesgos priorizados (Gestión y Corrupción), según los criterios determinados en el presente informe de Ley, en el periodo enero a abril de 2024 y que se encuentran documentados en el Mapa de Riesgos Institucional 2024 Versión 2.

4. CRITERIOS

- Mapa de Riesgos Institucional HOMIL 2024 V2.
- Política de Operación para la Administración del Riesgo en el HOMIL, Código PL-OAPL-PO-01, V5
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, V6.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

5. METODOLOGÍA

Para el desarrollo metodológico, se tuvo en cuenta el Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2, que se encuentra publicado en la intranet del Hospital Militar Central y que cuenta actualmente con 92 riesgos identificados por parte de 15 procesos con los que cuenta la Entidad.

La metodología aplicada para el presente seguimiento consistió en la toma de una muestra a partir de los 92 riesgos de la Matriz 2024 V2, bajo los siguientes criterios:

- Riesgos materializados en el último trimestre de 2023
- Riesgos clasificados como Corrupción (fraude interno)

Una vez determinado cuáles serían los riesgos a evaluar, se solicitó por medio de correo electrónico a cada proceso o Área, las evidencias de la aplicación de los controles, posteriormente, se analizaron los soportes y en algunos casos se requirió de entrevistas con los responsables de Áreas, con el fin de aclarar dudas frente a la materialización de los riesgos.

Para el presente informe el análisis se realizó para cada uno de los riesgos agrupándolos por proceso, al frente de cada riesgo se identificará con RG si es un Riesgo de Gestión o RC si es Riesgo de corrupción (fraude interno).

De lo anterior, se tiene que los riesgos que fueron evaluados en el presente seguimiento son los siguientes:

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 3 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Tabla 1. Riesgos priorizados (muestra).

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo Final	Clasificación del Riesgo	Materializado 2023
TIN_02	Tecnologías de la Información	Gestión de Seguridad Informática	Posibilidad de afectación reputacional y pérdida de la confidencialidad por el acceso a información clasificada o reservada de los usuarios del HOMIL, debido a falta de control del ciclo de vida de las credenciales de acceso a la infraestructura tecnológica de la entidad.	Extremo	Pérdida de Confidencialidad	NO
CAU_01	Comunicaciones y Atención al Usuario	Comunicaciones y Relaciones Públicas	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad e impacto negativo en la imagen de la entidad, debido a publicaciones con datos erróneos o imprecisos en las piezas de comunicación e información dirigida a usuarios externos del HOMIL.	Moderado	Ejecución y Administración de procesos	NO
CAU_02	Comunicaciones y Atención al Usuario	Comunicaciones y Relaciones Públicas	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad e impacto negativo en la imagen de la entidad, debido a publicaciones con datos erróneos o imprecisos en las piezas de comunicación e información dirigida a usuarios internos del HOMIL.	Moderado	Ejecución y Administración de procesos	NO
CAU_03	Comunicaciones y Atención al Usuario	Atención al Usuario	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de los periodos de tiempo de respuesta establecidos en la ley a las PQRS y posibles tutelas, debido a demoras en las proyecciones de respuesta y/o respuesta superficiales por parte de los servicios, errores en el direccionamiento interno y recepción de peticiones incompletas o con falta de soportes para tramitarlas.	Moderado	Ejecución y Administración de procesos	NO
GHU_03	Gestión Humana	Oficina Control Disciplinario Interno	Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, debido a la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado.	Moderado	Fraude Interno	NO
GLO_03	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental	Posibilidad de afectación económica y reputacional, por la suspensión parcial o total de áreas o servicios vitales para la atención en salud a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a presencia y falta de continuidad en el proceso de control de vectores de plagas.	Alto	Ejecución y Administración de procesos	NO
GLO_04	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones y multas de los diferentes entes de control, debido a la inadecuada segregación y disposición final de residuos hospitalarios.	Extremo	Ejecución y Administración de procesos	NO
GLO_05	Gestión Logística	Equipo Industrial	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no prestación en la atención integral de los servicios de salud a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a fallas en la red del suministro de gases medicinales (oxígeno, aire medicinal y vacío).	Moderado	Daños Activos Físicos	SI
GLO_15	Gestión Logística	Seguridad	Posibilidad de afectación económica y reputacional por hurto de medicamentos, insumos hospitalarios y equipos médicos, debido al incumplimiento al procedimiento de Devolución de medicamentos y dispositivos médicos.	Moderado	Talento Humano (Posibles comportamientos no éticos de los funcionarios)	NO
GFI_08	Gestión Financiera	Tesorería Presupuesto	Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros, debido a la modificación indebida de valores a los compromisos contractuales de pagos y cuentas de destino para el pago de recursos.	Alto	Fraude Interno	NO
GFI_09	Gestión Financiera	Facturación	Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar dádivas ó beneficios a nombre propio o de terceros, debido a adulterar o cambiar información para minimizar el valor a cobrar por la prestación de servicios de salud.	Extremo	Fraude Interno	NO
GFI_10	Gestión Financiera	Costos	Posibilidad de afectación económica por la no optimizar la gestión institucional que garantice la sostenibilidad financiera de la entidad, debido a una correlación inadecuada entre las proyecciones financieras y los acuerdos contractuales con los aseguradores y su correspondencia con los colabores, proveedores y contratistas para la prestación de servicios de salud.	Extremo	Actuarial	NO
GDO_02	Gestión Documental	Registro de Correspondencia y Archivo	Posibilidad de afectación reputacional por multas y sanciones por el ente regulador, debido a incumplimiento normativo, a causa de desgregación, deterioro y pérdida del patrimonio documental del archivo central de la entidad.	Moderado	Ejecución y Administración de procesos	SI

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2 - Análisis auditor.

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 4 de 18

6. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO.

6.1. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

6.1.1. Gestión de Seguridad Informática (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
TIN_02	Tecnologías de la Información	Gestión de Seguridad Informática	Posibilidad de afectación reputacional y pérdida de la confidencialidad por el acceso a información clasificada o reservada de los usuarios del Homil, debido a falta de control del ciclo de vida de las credenciales de acceso a la infraestructura tecnológica de la entidad.	El área de gestión de seguridad informática - GESU, mensualmente realiza campañas de sensibilización en temas de ciber seguridad. Con el fin de concientizar a los usuarios de los riesgos relacionados con el uso seguro de la infraestructura tecnológica que soporta la prestación de los servicios tecnológicos. El área de Gestión de Movilidad y Aplicaciones - GEAM informa mensualmente a los jefes de Unidad los usuarios activos en el sistema de Información Dinámica gerencial para recibir retroalimentación de la permanencia en los cargos de los profesionales de la salud. El área de Mesa de Servicio de TI - MSTI, solo crea las cuentas de acceso a las personas que alleguen 100% diligenciado el formato único de solicitud de acceso a servicios informáticos (TI-GESU-PR-01-FT-01) La Unidad de Talento Humano, reporta vía correo electrónico las novedades de personal (retiros) a fin de que se deshabiliten los accesos a los diferentes servicios tecnológicos. El área de Mesa de Servicio de TI - MSTI, configura la fecha de terminación del contrato relacionada en el formato único de solicitud de acceso a servicios informáticos (TI-GESU-PR-01-FT-01). Está configuración se realiza en el directorio activo para que se bloquee de manera automática el día que corresponda. El administrador de la base de datos del área de infraestructura y comunicaciones - INCO configura un script automático para deshabilitar usuarios que lleven más de un mes sin ingresar al sistema de información Dinámica Gerencial.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.1.2. Análisis prueba de controles

En el Área de Gestión de Seguridad Informática – GESU se realizó seguimiento a 1 de los riesgos identificados en su proceso, en referencia a la afectación reputacional y pérdida de confidencialidad por acceso a información clasificada.

Para este riesgo se tienen planteados 6 controles referentes a la gestión de la seguridad de la información, así las cosas, la dependencia aportó como evidencias lo siguiente:

- Control 1. Se enviaron 6 correos masivos durante enero - abril de 2024 (16 de enero, 5, 20 y 29 de febrero, 6 de marzo y 01 de abril) con piezas publicitarias en temas relacionados con seguridad digital.
- Control 2. Este control no fue posible evidenciarlo, dado que, como se explicó por parte de la dependencia, en reunión virtual del día 15/04/2024, es más sencillo determinar cuáles son los usuarios que se encuentran inactivos que los activos, por esta razón el control no se está desarrollando.

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 18

- Control 3. Se remitió el formato denominado “Solicitud de acceso a tecnologías de la información” Código. TI-GESU-PR-01-FT-01, diligenciado para los meses de enero-marzo con un total de 298 registros en el trimestre.
- Control 4. Se aportó evidencia de 18 correos electrónicos con las novedades de retiro del personal del HOMIL, para que se inhabilite su acceso a los sistemas informáticos.
- Control 5. Se remiten impresiones de pantalla de la configuración de un usuario para la presente vigencia según la terminación de su contrato.
- Control 6. Se aporta impresión de pantalla del script de deshabilitación de usuarios por inactividad.

Por lo anterior se puede evidenciar que los controles planteados han permitido llevar un control permanente de la mitigación del riesgo, razón por la cual no se ha materializado el riesgo.

6.1.3. Recomendación N°1.

Se recomienda realizar revisión a los controles, enfatizando en el número 2, con el fin de validar su pertinencia en la mitigación del riesgo, de tal forma que si no se está ejecutando sea retirado o reformulado de ser necesario.

6.2. COMUNICACIONES Y ATENCIÓN AL USUARIO

6.2.1. Comunicaciones y Relaciones Públicas (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
CAU_01	Comunicación y Atención al Usuario	Comunicaciones y Relaciones Públicas	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad e impacto negativo en la imagen de la entidad, debido a publicaciones con datos erróneos o imprecisos en las piezas de comunicación e información dirigida a usuarios externos del HOMIL.	Cada vez que se requiera el responsable del Área de Comunicaciones y Relaciones Públicas envía a la fuente primaria (área solicitante) el producto comunicativo para validar su veracidad y claridad, posterior a ello envía al Asesor(a) de la Dirección General para su aprobación quien <u>de acuerdo al nivel de complejidad</u> del mismo envía a la Dirección General para obtener un tercer aval, posterior a este proceso se realiza la publicación de la información. Nota: Existen algunos productos de comunicación, que no requieren aprobación externa al área y se aprueba por parte del líder del área de Comunicaciones y Relaciones Públicas - CORE.
CAU_02	Comunicación y Atención al Usuario	Comunicaciones y Relaciones Públicas	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad e impacto negativo en la imagen de la entidad, debido a publicaciones con datos erróneos o imprecisos en las piezas de comunicación e información dirigida a usuarios internos del HOMIL.	Cada vez que se requiera el responsable del Área de Comunicaciones y Relaciones Públicas envía a la fuente primaria (área solicitante) el producto comunicativo para validar su veracidad y claridad, y posterior aprobación. De acuerdo al nivel de complejidad del mismo, se envía a la Dirección General para obtener un segundo aval para la publicación de la información. Nota: Existen algunos productos de comunicación, que no requieren aprobación externa al área, y se aprueba por parte del líder del Área de Comunicaciones y Relaciones Públicas - CORE.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

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 18

6.2.2. Análisis prueba de controles

El área de Comunicaciones y relaciones públicas cuenta con 2 riesgos identificados en su proceso, en referencia al impacto negativo que puede tener la publicación de datos erróneos dirigidos a usuarios externos (CAU_01) e internos (CAU_02).

Es de resaltar que para los 2 riesgos se cuenta con el mismo control, dado que el filtro que se realiza aplica para comunicaciones internas como externas. De igual forma es importante mencionar que el control hasta el mes de marzo contaba con la revisión del Subdirector de Docencia e Investigación, situación que fue modificada por la Oficina Asesora de Planeación a solicitud de la Oficina de Comunicaciones y relaciones públicas - CORE, según acta de reunión del día 04/04//2024.

De acuerdo a lo anterior, como evidencias de la ejecución del control se aportaron actas de reunión para los meses de febrero (05 y 28) y marzo (29) de 2024, en las que se plasma la revisión de las piezas publicitarias generadas en estos meses por parte de CORE y la Subdirección de Docencia e Investigación.

6.2.3. Recomendación N°2:

Se considera necesario, en la medida de lo posible, estandarizar las piezas publicitarias en las que es requerido remitir al segundo y tercer visto bueno (Asesor Dirección y Dirección) y las que por su parte tienen solo el visto bueno de CORE con el fin de contar con un proceso en igualdad de condiciones para cada publicación que se realice, con el fin de mitigar la materialización de los riesgos.

6.3 Atención al Usuario (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
CAU_03	Comunicaciones y Atención al Usuario	Atención al Usuario	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de los periodos de tiempo de respuesta establecidos en la ley a las PQRS y posibles tutelas, debido a demoras en las proyecciones de respuesta y/o respuesta superficiales por parte de los servicios, errores en el direccionamiento interno y recepción de peticiones incompletas o con falta de soportes para tramitarlas.	El responsable del área de Atención al Usuario, realiza apertura en el formato ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02, y a su vez se enviarán los requerimientos por Control Doc a los jefes de servicio. De forma semanal esta ficha es revisada con el objetivo de generar segundos y terceros requerimientos a los servicios para obtener respuesta y así evitar el vencimiento de los tiempos de ley.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.3.1 Análisis prueba de controles

El Área de Atención al Usuario - AUIS cuenta con 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación reputacional por el incumplimiento en los tiempos de respuesta a las PQRS allegadas al HOMIL.

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 18

Para el riesgo establecido, se cuenta con un control (Ficha de Seguimiento PQRS. Código: CA-AUIS-PR-03-FT-02) referente al seguimiento por parte del AUIS a las respuestas de las diferentes PQRS por parte de las dependencias del HOMIL que corresponda. Durante el presente seguimiento se aportaron 10 fichas correspondientes a 10 PQRS a las que se les realizó seguimiento en el periodo enero – abril, de igual forma se adjuntó matriz de seguimientos en las que se pudo corroborar la información de las fichas.

6.3.4. Observación N°1.

Al verificar algunas de las PQRS a las que se les realizó apertura en el formato ficha de seguimiento se pudo evidenciar incumplimiento a la normatividad legal vigente (Ley 1437 de 2011, Ley 1755 de 2015 y MIPG Versión 4. Dimensión 3. Gestión con valores para resultados, Política Servicio al Ciudadano), algunos de los casos son:

Nombre	Identificación	Caso
Juan Carlos Lesmes	Juez	Según ficha de seguimiento la PQRS llegó el día 19/01/2024 y se da respuesta el día 15/02/2024 con Id 306980, 19 días después (4 días fuera de término).

Fuente. Revisión Dinámica Gerencia y evidencias aportadas

Nombre	Identificación	Caso
Nury Andrea Cuervo	52494613	Según ficha de seguimiento la PQRS llegó el día 16/01/2024 y se da respuesta parcial el día 05/02/2024 con el Id 04829, la respuesta final se generó el día 12/02/2024 con Id 306225, informando que se traslada al Área de Talento Humano y se da por cerrada la PQRS sin ningún otro seguimiento (Respuesta sin criterios de Calidad).

Respuesta Parcial a Usuaría	Respuesta final a usuaria
Señora Nury Andrea Cuervo Lozada Email: cuervoandrea25@gmail.com Bogotá D.C. Asunto: Ampliación término de respuesta derecho de petición al Radicado: R-00003-202400429-HMC Id Control 300680 Con toda atención y el debido respeto en mi calidad de responsable del área de Atención al Usuario del Hospital Militar Central y de conformidad con el artículo 5º numeral 4º del Decreto 4780 de 2008, me permito informarle que, de conformidad el requerimiento allegado a este centro hospitalario el pasado 15 de enero de 2024 y radicado con el Id. 300680, se hace necesario disponer de una prórroga de quince (15) días más para que, una vez se tenga la información se otorgue una respuesta de fondo a su petición. Lo anterior, de conformidad con lo consagrado en el parágrafo del artículo 14 de la ley 1755 de 2015, que reza lo siguiente: "...PARÁGRAFO. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto..." La prórroga se estima necesaria, por lo que no resulta posible dar respuesta de fondo a la solicitud dentro del plazo inicial contemplado en la ley. Así las cosas y como se indicó líneas atrás, se dispondrá de una prórroga de quince (15) días más, como lo permite la norma previamente enunciada para dar respuesta a la petición. Para finalizar, me permito manifestar que cualquier inquietud frente al asunto de la referencia el Hospital Militar Central con gusto le atenderá".	Señora Nury Andrea Cuervo Lozada Carrera 100 B No. 73 - 87 Email: cuervoandrea25@gmail.com Bogotá D.C. Asunto: Respuesta al Radicado: R-00003-202400429-HMC Id Control: 300680 Cordial Saludo, En calidad de responsable del área de Atención al Usuario del Hospital Militar Central me permito acusar recibido de la comunicación radicada en esta institución el día 15 de enero de 2024, por la señora Nury Andrea Cuervo Lozada, identificada con Cédula de Ciudadanía No.52494613, "quien solicita al Hospital Militar Central, respuesta a los hechos en mención en el oficio radicado". <u>Por lo tanto, se informa:</u> "Teniendo en cuenta la solicitud y previa verificación de la información allegada en el radicado nos permitimos comunicarle que su solicitud fue remitida al área de Talento Humano, quienes emitirán respuesta de conformidad con lo indicado en la Ley 1437 de 2011 que refiere lo siguiente: "La Ley 1437 de 2011, «Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo», con relación a la revocatoria a de los actos administrativos, establece en su ARTÍCULO 95 lo siguiente: "Oportunidad. La revocación directa de los actos administrativos podrá cumplirse aun cuando se haya acudido ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, siempre que no se haya notificado auto admisorio de la

Fuente. Revisión Dinámica Gerencia y evidencias aportadas

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 8 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

6.3.5 Recomendación N°3.

Una vez verificadas las evidencias aportadas se pudo evidenciar que es necesario realizar cambios en los métodos de seguimiento realizados, dado que por la cantidad de PQRS que llegan al HOMIL no se considera útil el diligenciamiento de la ficha de seguimiento, esto también en concordancia a la normatividad vigente existente en el País en relación a las Políticas de Cero Papel (Directiva Presidencial 04 del 3 de abril de 2012). Por lo anterior se recomienda desde la OCIN implementar bases de datos por medio de las cuales se puedan llevar los registros que actualmente se tienen en físico, incorporando alarmas (matriz semáforo) con los tiempos de respuesta a cada PQRS.

6.4. GESTIÓN HUMANA

6.4.1. Oficina Control Disciplinario Interno (RC)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GHU_03	Gestión Humana	Oficina Control Disciplinario Interno	Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dativa o beneficio a nombre propio o de terceros, debido a la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado. (La económica se presentaría como consecuencia de un fallo de reparación directa en contra del HOMIL). Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	La Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno gestiona con cada uno de los funcionarios a su cargo, la suscripción anual de un acta de adherencia al código general disciplinario, en lo que concierne a las faltas disciplinarias relacionadas con recibir o solicitar dativas como consecuencia de la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.4.2. Análisis prueba de controles

La Oficina de Control Disciplinario Interno – OCDI cuentan con 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dativa para la manipulación del proceso disciplinario.

Frente a este riesgo se planteó 1 control referente a la suscripción de un acta de adherencia al código disciplinario en relación a la mitigación de las causas que generan el riesgo del proceso.

Ahora bien, la OCDI aportó como evidencia el documento denominado “Compromiso de confidencialidad” para los meses de enero – abril, diligenciado por el personal que lleva y conoce de los procesos disciplinarios que se encuentran en curso dentro de la Oficina. Así las cosas y en reunión con la Dra. Diana Trujillo, se hizo énfasis en el diligenciamiento del documento establecido en el control (acta adherencia al código disciplinario), el cual es diferente a la evidencia aportada.

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 9 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Finalmente, se pudo evidenciar que la asignación del proceso en el que se encuentra la Oficina de Control disciplinario Interno (Talento Humano) en la matriz Institucional de Riesgos, no es el indicado de acuerdo a su carácter sancionatorio.

6.4.3. Observación N°2.

Se pudo evidenciar que el control establecido para la mitigación del riesgo no es el que actualmente se ejecuta por parte de la Oficina de Control Disciplinario Interno.

6.4.4. Recomendación N°4.

Realizar los ajustes requeridos, de tal forma que el instrumento que se lleve por parte de la Oficina de Control Disciplinario Interno este alineado con el control establecido y de esta forma cumpla con la función de mitigar las causas de materialización del riesgo.

De igual forma la OCIN recomienda que se dé un paso más en la generación de controles, dando relevancia a la formación y evaluación de conocimientos que se tienen por parte del personal de la Oficina en temas relacionados con el Código Disciplinario.

Finalmente se recomienda ajustar el proceso (Talento Humano) en el que se encuentra la Oficina de Control Disciplinario Interno, en la Matriz de Riesgos Institucional, puesto que en primer lugar, no se tiene coherencia entre la Resolución 588 de 2018, Por la cual se adopta el Modelo de Operación por Procesos "**Mapa de Procesos**" en el Hospital Militar Central y se dictan otras disposiciones", el Decreto 4780 de 2008 "Por el cual se modifica la estructura del Hospital Militar Central y se dictan otras disposiciones" (**Organigrama**) y la Resolución 035 de 2022 "Por medio de la cual se establece la **organización de los servicios y áreas** adscritas a las dependencias del Hospital Militar Central, y se dictan otras disposiciones).

En segundo lugar, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2094 de 2021, artículo 14, la Oficina de control disciplinario interno será del más alto nivel, Parágrafo 1: "Se entiende por oficina del más alto nivel la conformada por servidores públicos mínimo del nivel profesional de la administración. El jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno deberá ser abogado y **pertenecerá al nivel directivo de la entidad**". Así las cosas se hace necesario que en compañía de la Oficina Asesora de Planeación se realicen los ajustes respectivos a los diferentes instrumentos estratégicos con los que cuenta 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
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 10 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

6.5. GESTIÓN LOGÍSTICA

6.5.1. Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GLO_03	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental	Posibilidad de afectación económica y reputacional, por la suspensión parcial o total de áreas o servicios vitales para la atención en salud a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a presencia y falta de continuidad en el proceso de control de vectores de plagas.	El jefe de la Unidad de Apoyo Logístico o delegado de la gestión ambiental verifica, supervisa y garantiza trimestralmente el control de vectores de plagas en la entidad, con el fin de dar cumplimiento normativo y sanitario en la prestación del servicio.
GLO_04	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones y multas de los diferentes entes de control, debido a la inadecuada segregación y disposición final de residuos hospitalarios.	El jefe de la Unidad de Apoyo Logístico o delegado de la gestión ambiental, con apoyo de funcionarios de la ARL, realiza capacitaciones mensuales al personal asistencial y administrativo, con el fin de conocer la adherencia al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios - PGRIH. El jefe de la Unidad de Apoyo Logístico o delegado de la gestión ambiental, realiza inspecciones mensuales a los servicios asistenciales que generan residuos hospitalarios, con el fin de medir la adherencia al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios - PGRIH.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.5.2. Análisis prueba de controles

En el Área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental se realizó seguimiento a 2 riesgos identificados en su proceso, en referencia a la afectación económica y reputacional por el inadecuado manejo de vectores y residuos en el Hospital.

Para estos 2 riesgos se plantearon 3 controles referentes a la supervisión, capacitación e inspecciones en temas ambientales, para el presente seguimiento fueron remitidas las siguientes evidencias:

- Riesgo GLO_03. Control 1. Se presentan evidencias del control de vectores (plagas, cucarachas y roedores) para los meses de enero – marzo (12 y 30 de enero, 9 de febrero y 22 de marzo) por parte del proveedor Fumigaciones Ocampo S.A.S.

6.5.3. Recomendación N°5.

Se recomienda desde la OCIN continuar con el control de los vectores, en todas las áreas del HOMIL, priorizando las de mayor vulnerabilidad, garantizando que se cuente con recursos que permitan realizar la contratación de los proveedores durante cada vigencia.

- Riesgo GLO_04 Control 1. Se aportaron listados de asistencia de las capacitaciones dictadas por el asesor de la ARL Enrique Forero al personal del Homil en temas relacionados con la Gestión de Residuos Hospitalarios

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 11 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

- Riesgo GLO_04 Control 2. La dependencia aportó como evidencia los informes resultado de las inspecciones mensuales que se realizan por parte del Profesional del Área de Mantenimiento, talleres y gestión ambiental, en los que se evidencia situaciones consideradas como hallazgos en diferentes áreas del Hospital.

6.5.4. Recomendación N°6.

Para el control 1 del riesgo GLO_04 se recomienda realizar una evaluación de las capacitaciones realizadas con el fin de garantizar que los conocimientos impartidos si hayan sido recibidos por el grupo de capacitados, ya que con el control 2 se puede evidenciar que los resultados de las inspecciones mensuales presentan observaciones, por lo que se puede determinar que no todo el personal cuenta con el conocimiento suficiente en la debida segregación de los Residuos Hospitalarios y Similares.

6.5.5. Observación N°3.

Se están presentando desviaciones en relación al Procedimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, así como la Resolución 1164 de 2002, el Decreto 351 de 2014 y Resolución 2003 de 2014, de acuerdo a los resultados de los informes de las inspecciones mensuales a los diferentes servicios asistenciales que generan residuos hospitalarios.

6.6. Equipo Industrial (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GLO_05	Gestión Logística	Equipo Industrial	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no prestación en la atención integral de los servicios de salud a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a fallas en la red del suministro de gases medicinales (oxígeno, aire medicinal y vacío).	El supervisor del contrato de la central de gases medicinales, manifold y cilindros de gases, coordina según cronograma, la calibración de las alarmas de gases medicinales, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la red del suministro de gases medicinales. El supervisor del contrato de la central de gases medicinales, manifold y cilindros de gases, revisa y gestiona de acuerdo al cronograma de mantenimientos preventivos, el mantenimiento anual de las alarmas de gases medicinales, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la red de suministro de gases medicinales.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.6.1. Análisis prueba de controles

En el Área de Equipo Industrial – EQUIN se le realizó seguimiento a 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación económica y reputacional debido a fallas en el suministro de gases medicinales.

Para el riesgo identificado se plantearon por parte de EQUIN 2 controles referentes a la calibración y mantenimiento de las alarmas de gases medicinales con el fin de garantizar su correcto funcionamiento, frente a esto la dependencia aportó el cronograma de mantenimiento y calibración de equipos para 2024, en el que se puede evidenciar que para el trimestre enero-marzo no se tiene contemplado ningún

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 12 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

mantenimiento o calibración de los equipos. Sin embargo, se debe mencionar que a corte abril y según lo informado por la dependencia, aún no se cuenta con el contrato de mantenimientos y calibración de los equipos de generación de gases medicinales.

6.6.2. Recomendación N°7

Desde la Oficina de Control Interno se recomienda agilizar la contratación de los servicios de mantenimiento y calibración de gases medicinales, con el fin de prevenir la materialización del riesgo en la presente vigencia, dado que a la fecha no se está ejecutando el control.

6.7. Seguridad (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GLO_15	Gestión Logística	Seguridad	Posibilidad de afectación económica y reputacional por hurto de medicamentos, insumos hospitalarios y equipos médicos, debido al incumplimiento al procedimiento de Devolución de medicamentos y dispositivos médicos.	El responsable del área de Seguridad organiza y centraliza diariamente los ingresos y salidas del personal asistencial y administrativo de la entidad, con el fin de llevar un control exhaustivo de los elementos y materiales que salen del hospital, los cuales deben pasar por el escáner. El responsable del área de Seguridad controla el ingreso y salida de elementos diariamente por medio de los formatos institucionales definidos, con el fin evitar el hurto de equipos médicos, tecnológicos e insumos médicos. El responsable del área de Seguridad, monitorea todas las áreas diariamente por medio del circuito cerrado de televisión - CCTV, con el fin de verificar cualquier actividad sospechosa dentro de las instalaciones de la entidad. El responsable del área de Seguridad, realizará cada vez que se requiera revistas e inspecciones en los diferentes servicios, con el fin evitar el hurto de equipos médicos, tecnológicos e insumos médicos. El responsable del área de Seguridad, realiza cada vez que se requiera, un informe para la Subdirección Administrativa, donde se relacionan los diferentes medicamentos, insumos hospitalarios y equipos médicos que son retenidos a la salida de la entidad, esto con el fin de tomar acciones disciplinarias en contra los funcionarios implicados.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.7.1. Análisis prueba de controles

En el Área de Seguridad - SEGU se le realizó seguimiento a 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación económica y reputacional por hurto de medicamentos, insumos hospitalarios y equipos médicos.

De acuerdo a lo anterior la dependencia cuenta con 5 controles para mitigar la materialización del riesgo, así las cosas, se aportaron las siguientes evidencias.

- Control 1. La actividad se realiza al ingreso y salida del personal del HOMIL y visitantes, sin embargo, no se aporta evidencia del registro de la misma.

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 18

- Control 2. El formato es usado una vez se identifica el ingreso o salida de algún medicamento, insumo o equipo del HOMIL, se aportaron los registros de los meses enero-abril.
- Control 3. La actividad se realiza diariamente a través de las diferentes cámaras del Hospital, sin embargo, no se aportaron evidencias (registros) por parte de la dependencia.
- Control 4. Para el presente control no se aportaron registros de la actividad, si bien se realiza cuando es requerido el control no cuenta con evidencia.
- Control 5. El presente control depende de las actividades de inspección al ingreso y salida del personal (control 1), se presenta como evidencia 3 informes realizados en el mes de marzo.

6.7.2. Recomendación N°8.

Desde la Oficina de Control Interno se recomienda que los controles sean ajustados de acuerdo a la evidencia que se genere, en este sentido si se cuenta con registros plasmarlo de esta forma en la Matriz de Riesgos Institucional, de lo contrario omitir esta clasificación en dicha matriz. De igual forma se recomienda de considerarse pertinente, unificar actividades similares o que sean dependientes, ejemplo de esto es la verificación al ingreso y salida que como resultado genera un informe al superior jerárquico.

6.8. GESTIÓN FINANCIERA

6.8.1. Tesorería y Presupuesto (RC)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GFI_08	Gestión Financiera	Tesorería Presupuesto	Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros, debido a la modificación indebida de valores a los compromisos contractuales de pagos y cuentas de destino para el pago de recursos. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	El responsable del área de presupuesto revisa diariamente en el momento de la expedición de los documentos soportes de las solicitudes de registro, adiciones y/o prorrogas a los compromisos de los contratos, con el propósito de asegurar que los registros presupuestales sean acordes con las solicitudes recibidas. El responsable del área de presupuesto valida la cuenta bancaria cada vez que se expida el compromiso presupuestal, en caso de requerir cambio de cuenta se valida frente a la solicitud efectuada por el supervisor del contrato y la certificación bancaria, para dejar evidencia de la solicitud formalmente realizada. El responsable del área de presupuesto verifica cada vez que se genera la obligación presupuestal que los documentos soportes cumplan con los requisitos exigidos en el contrato y se anexe la documentación requerida para el trámite de pago. El responsable del área de tesorería valida cada vez que se requiera la cuenta bancaria donde se van a depositar los recursos y se establece el cronograma de programación de giros, de acuerdo a los vencimientos pactados contractualmente.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.8.2. Análisis prueba de controles

Las Áreas de Tesorería - TSOR y Presupuesto – PRES cuentan con 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación económica por recibir o solicitar dádivas a nombre propio o de terceros, con el fin de realizar modificaciones en los valores de los compromisos contractuales.

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 14 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Para abordar el riesgo se cuenta con 4 controles referentes a la revisión de los soportes para asegurar que los registros presupuestales estén acorde a las solicitudes realizadas, así las cosas para evidenciar la ejecución de este control se realizó seguimiento in-situ con el personal de las dependencias de TSOR y PRES encargados de revisar y validar la documentación y posteriormente tabularla para realizar el pago tanto a contratistas como proveedores, que sirven como un primer filtro previo al pago. Adicionalmente se aportaron evidencias de los radicados con los ajustes en cuentas bancarias de proveedores y contratistas.

6.8.3. Recomendación N°9

Se pudo evidenciar la ejecución del control tal como se tiene establecido, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo, por lo que se recomienda desde la OCIN continuar con las tareas que se realizan para el desarrollo de la actividad, con el fin de que no se materialice el presente riesgo.

6.9. Facturación (RC)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GFI_09	Gestión Financiera	Facturación	Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar dádivas ó beneficios a nombre propio o de terceros, debido a adulterar o cambiar información para minimizar el valor a cobrar por la prestación de servicios de salud. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	El responsable de la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación, a través de su grupo auditor diariamente validan la prestación del servicio frente al valor facturado, con el fin de efectuar el cobro justo y de acuerdo a lo pactado con los diferentes clientes o usuarios de los servicios de salud de la entidad.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.9.1. Análisis prueba de controles

El Área de Facturación – FACT cuentan con 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación económica por recibir o solicitar dádivas a nombre propio o de terceros, con el fin de realizar cambios en los valores a cobrar por la prestación de servicios de salud.

Para el caso del presente riesgo, la dependencia cuenta con un control referente a la validación de la prestación del servicio frente al valor facturado, con el fin de evidenciar un cobro justo a usuarios y clientes del HOMIL. Para verificar la efectividad del control se realizó visita in-situ con el líder del Área, Dra. Marta Ariza y su equipo de trabajo.

Durante la reunión realizada el día 10/04/2024, se pudo evidenciar los soportes del ejercicio realizado por parte de los 13 auditores de cuentas médicas, que consiste en verificar el cobro que realiza el grupo

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 15 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

de 27 facturadores de la dependencia, a cada servicio prestado por parte del HOMIL a los usuarios, desde su ingreso hasta la salida del Hospital. Como instrumento se cuenta con el formato denominado Pre-auditoria Historia Clínica Vs Auditoría de cuentas médicas hospitalización código GF-FACT-PR-02-FT-02, en el cual se plasman todas las novedades de los pacientes internados.

6.9.2. Recomendación N°10.

Una vez verificada la ejecución del control, desde la Oficina de Control Interno se recomienda realizar ajustes en los instrumentos de seguimiento por parte de los auditores de cuentas médicas (formato código GF-FACT-PR-02-FT-02), dado que se requiere del uso de uno o más formatos por paciente, que para el trimestre enero-marzo de 2024 corresponde a más de 1.600 documentos, que en relación a la normatividad legal vigente (Política de Cero Papel - Directiva Presidencial 04 del 3 de abril de 2012), no se encuentra alineada.

6.10. Costos (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GFL_10	Gestión Financiera	Costos	Posibilidad de afectación económica por la no optimizar la gestión institucional que garantice la sostenibilidad financiera de la entidad, debido a una correlación inadecuada entre las proyecciones financieras y los acuerdos contractuales con los aseguradores y su correspondencia con los colaboradores, proveedores y contratistas para la prestación de servicios de salud.	El profesional del área de costos junto a su grupo de trabajo, revisa y monitorea anualmente la estructura tarifaria que es parte integral del contrato suscrito con la DIGSA, con el propósito de garantizar el adecuado flujo de recursos para respaldar el presupuesto de gastos. El profesional del área de costos junto a su grupo de trabajo, analiza trimestralmente los resultados financieros para generar las alertas necesarias que conduzcan a la estabilidad financiera de la entidad. (Análisis de costos).

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.10.1. Análisis prueba de controles

El Área de Costos – COST cuentan con 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación económica por no optimizar la gestión Institucional para garantizar la sostenibilidad financiera.

En referencia al riesgo del Área, se plantearon 2 controles, para el presente seguimiento se cuenta con evidencias de uno de ellos en relación al monitoreo de la estructura tarifaria, para el segundo se tiene establecido de forma trimestral por lo que no se cuenta al presente corte con las evidencias.

Según lo anterior, la dependencia aportó como evidencia el contrato interadministrativo 001-DIGSA-2024 cuyo objeto es: “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD CON GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD A TRAVÉS DE UN PRESTADOR COMPLEMENTARIO, A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES PARA LA VIGENCIA 2024” por valor de \$ 320.000.000.000, y adicionalmente la estructura tarifaria del mismo contrato junto con un análisis comparativo de la vigencia 2023 y 2024.

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 16 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

6.10.2. Recomendación N°11

Se pudo evidenciar la ejecución del control tal como se tiene establecido, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo, por lo que se recomienda desde la OCIN continuar con las tareas que se realizan para el desarrollo de la actividad, con el fin de que no se materialice el presente riesgo, ahora bien, frente al segundo control, se invita a que el Área lo ejecute de acuerdo a la periodicidad establecida, de tal forma que no dejen actividades sin realizar que puedan llevar a la materialización del riesgo.

6.11. GESTIÓN DOCUMENTAL

6.11.1. Registro de Correspondencia y Archivo (RG)

Código	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
GDO_02	Gestión Documental	Registro de Correspondencia y Archivo	Posibilidad de afectación reputacional por multas y sanciones por el ente regulador, debido a incumplimiento normativo, a causa de desgredación, deterioro y pérdida del patrimonio documental del archivo central de la entidad.	El jefe / responsable / designado del área de Registro de Correspondencia y Archivo, propende el cumplimiento normativo del Título 4 - administración de archivos, artículo 11 hasta 20 de la ley 594 del 2000. Implementando el conjunto de acciones, procedimientos y lineamientos, de conformidad con lo señalado en la normatividad archivística vigente y demás normas concordantes para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso, conservación y preservación de la documentación del HOMIL. El jefe / responsable / designado del área de Registro de Correspondencia y Archivo, garantiza trimestralmente el cumplimiento de la conservación documental por medio del SIC (Sistema Integrado de Conservación) y los programas que lo componen, con el propósito de generar los atributos tales como unidad, integridad, autenticidad, inalterabilidad, originalidad, fiabilidad, accesibilidad, de toda la documentación de la entidad desde el momento de la producción, durante su periodo de vigencia, hasta su disposición final, de acuerdo con la valoración documental, de conformidad con lo señalado en el Acuerdo AGN 06 de 2014.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 V2.

6.11.2. Análisis prueba de controles

El Área de Registro de Correspondencia y Archivo – RECO cuenta con 1 riesgo identificado en su proceso, en referencia a la afectación reputacional por el incumplimiento normativo en cuanto al deterioro y pérdida del patrimonio documental del HOMIL.

Frente al riesgo documentado se cuenta con 2 controles referente a la implementación y cumplimiento normativo (Ley 594 del 2000 en sus artículos 11 al 20 y Acuerdo AGN 06 de 2014). Como evidencia de lo anterior, la dependencia aportó las inspecciones realizadas al archivo en las Áreas de Radiología e imágenes diagnósticas, Cirugía general y Hotelería; adicionalmente, se aportó la medición de las condiciones ambientales para el trimestre enero-marzo.

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 17 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

6.11.3. Observación N°4.

Se pudo evidenciar que, de acuerdo al planteamiento de los controles, no se aportaron evidencias de la totalidad de los mismos, puesto que, el control 1 hace referencia al cumplimiento de 10 artículos de la Ley 594 de 2000 (las evidencias aportadas no dan cuenta de esto) y el control 2 al cumplimiento del acuerdo AGN 06 de 2014, este último a la fecha derogado según informa la dependencia.

6.11.4. Recomendación N°12

De acuerdo a lo evidenciado, desde la OCIN se recomienda realizar el ajuste a los controles establecidos actualmente, puesto que estos están orientados de forma general al cumplimiento de la normatividad vigente, lo que hace difícil que se puedan aportar el total de evidencias en los seguimientos realizados, de esta forma, se hace necesario que se planteen controles más específicos, enfocados a la ejecución de las actividades rutinarias con las que se da el cumplimiento normativo.

7. CONCLUSIONES

- Para el riesgo CAU_03, el Área de Atención al Usuario a pesar de estar ejecutando sus controles, se pudo evidenciar su materialización con las evidencias aportadas.
- Si bien el riesgo GLO_04 no se ha materializado en sanciones o multas por parte de entes de control, si se evidencia que los controles no han sido efectivos en la adecuada segregación de residuos hospitalarios.
- Existen controles de los que no se deja registro o no se están ejecutando para algunos de los riesgos analizados (GDO_02, GHU_03, TIN_02, GLO_05, GLO_15)

Se presentaron algunas observaciones y recomendaciones por proceso así:

Observación	Recomendación	Proceso	Responsable
	1	Comunicaciones y Atención al Usuario	Comunicaciones y Relaciones Públicas
1	1		Atención al Usuario
1	1	Gestión Documental	Registro de correspondencia y Archivo
	1	Gestión financiera	Tesorería y Presupuesto
	1		Facturación
	1		Costos
1	1	Gestión Humana	Oficina Control Disciplinario Interno
1		Tecnología de la Información	Gestión de Seguridad Informática
1	2	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental
1			Equipo Industrial
1			Seguridad

Fuente. Elaboración propia.

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 18 de 18
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

De acuerdo a lo anterior se estaría dando cumplimiento al objetivo del presente informe en cuanto a la verificación de la efectividad de los controles para la mitigación de los riesgos existentes, evidenciando de igual forma algunas situaciones planteadas en observaciones y recomendaciones que deberán ser atendidas por cada líder para evitar que se configuren posibles hallazgos o riesgos materializados.

8. RECOMENDACIONES

- Realizar los ajustes a los controles en los riesgos que así se requiera, de tal forma que se logre contar con evidencias de su ejecución y mitigar los riesgos existentes.
- Contar con las evidencias de la ejecución de los controles de forma permanente, dispuestas en algún repositorio que facilite su consulta.
- Tomar acciones que permitan eliminar las posibles situaciones que se presentan como observaciones en el presente informe, dado que se pueden convertir en hallazgos o riesgos materializados.
- Continuar con el monitoreo y continuo seguimiento a los riesgos existentes, al igual que a la identificación de posible riesgos y puesta en marcha de controles en cada proceso.
- Crear conciencia al interior de cada Área y Proceso de los riesgos existentes y dar la debida importancia a la ejecución y conservación de evidencias de cada control.
- Desde la Oficina Asesora de Planeación tomar las acciones que se consideren necesarias para que cada proceso y área ajusten sus riesgos y controles, con el fin de evitar su materialización.

Cordialmente,


Cesar Andres Cardona Rincon
 Profesional de Defensa