

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 20

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción Corte Agosto del 2024. 09/09/2024
Dependencia (s)	Oficina Asesora de Planeación Unidad de Farmacia Servicio de Imágenes Diagnósticas Unidad de Servicios Ambulatorios Unidad de Talento Humano Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos Gestión Financiera Oficina de Control interno
Auditor:	Diana Patricia Bustos Vallejo

2. 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, 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.

En el marco de lo anterior, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la implementación de controles de los Riesgos de Corrupción del Hospital Militar Central, diseñados en línea con las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, versión 05 del 2023, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, esquema de seguridad de las líneas de defensa definido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI y Guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública Versión 06 del 2022.

3. OBJETIVO

Realizar la verificación de los controles de riesgos de corrupción (fraude interno) con corte a agosto de 2024, con el fin de comprobar la efectividad de los mismos para mitigar los riesgos identificados, a través de la medición del diseño, ejecución y monitoreo.

4. ALCANCE

Verificar la efectividad de veinte (20) controles, asociados a ocho (8) riesgos de corrupción (fraude Interno), aplicados en los siguientes procesos:

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 20

- Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico.
- Atención ambulatoria.
- Gestión Humana.
- Gestión de Adquisiciones.
- Gestión Financiera.
- Evaluación, mejoramiento y seguimiento.

5. CRITERIOS DEL SEGUIMIENTO

- Decreto 1081 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", artículo 2.1.4.8.
- Ley 87 de 1993.
- Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, Versión 03.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 06 del 2022.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, versión 05 del 2023.
- La política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central, del 30 de noviembre de 2023 - PL-OAPL-PO-01_V5.
- Mapa de riesgos institucional versión 03.
- Demás normativa vigente aplicable.

6. METODOLOGIA

Para la verificación de la efectividad de los controles correspondientes a los riesgos de corrupción (fraude interno), la Oficina de control interno realizó las siguientes actividades.

Revisión de la normatividad vigente y aplicable a la verificación

Elaboración del Plan de trabajo

- El 15 de agosto de 2024, solicitó por medio de correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación, informe sobre monitoreo de riesgos del II Cuatrimestre.
- El 28 de agosto de 2024, se consultó en la página de transparencia la última versión del Mapa de Riesgos Institucional, el cual corresponde a la versión 03. De igual manera, los controles asociados a los ocho (08) riesgos de corrupción, (fraude interno).
- Diseño de instrumento en formato Excel para la clasificación de los riesgos por proceso a verificar.
- El 28 de agosto de 2024, la Oficina de Control Interno, solicito por medio de correo electrónico a las áreas responsables, los respectivos soportes de cada uno de controles establecidos para el segundo cuatrimestre conforme al proceso.
- El 29 de agosto y el 05 de septiembre de 2024, la Oficina de Control Interno se reunió con la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación, con el propósito de verificar la efectiva del control establecido para el riesgo de corrupción (fraude interno).
- El 29 de agosto de 2024, se solicitó, por medio de correo electrónico a la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación, los respectivos soportes del control establecido para el segundo cuatrimestre.

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 20

- El 29 de agosto de 2024, se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación, la evidencia del proceso de socialización de la matriz de riesgos institucional y justificación de los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas al Mapa de Riesgos.
- Verificación de soportes remitidos por las diferentes Áreas, Unidades y Oficinas responsables de la aplicación de los controles.

De conformidad con lo anterior, en la Tabla N°1, se presentan los riesgos de corrupción (fraude interno), verificados para el segundo cuatrimestre del año en curso, así:

Tabla N°1 - Riesgos de Corrupción (Fraude Interno)

N°	Código	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo inherente	Clasificación del Riesgo	Materializado 2024
1	GAAF_15	Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos Farmacia Salas de Cirugía. Farmacia de Salas de Maternidad. Farmacia Tecnologías en Salud (Medicamentos, Insumos Médico Quirúrgicos de diagnóstico y reactivos)	Económico	Posibilidad de afectación económica por vencimiento de tecnologías en salud asociada a no realizar gestión alguna para evitar la materialización del riesgo, debido a falta de control, descuido en los procesos de manejo de productos próximos a vencer. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	EXTREMO	Fraude Interno	NO
2	AAM_05	Atención Ambulatoria	Consulta Externa Radiología.	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional, recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, debido al manejo de influencias en la asignación de citas médicas y falla en adherencia a los protocolos institucionales por parte de los funcionarios de asignación de citas. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	ALTO	Fraude Interno	NO

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 20

N°	Código	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo inherente	Clasificación del Riesgo	Materializado 2024
3	GHU_03	Gestión Humana	Oficina Control Disciplinario Interno	Económico y Reputacional	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. (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.	MODERADO	Fraude Interno	NO
4	GDA_04	Gestión de Adquisiciones	Gestión Contratos	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, para el direccionamiento de estudios previos, evaluaciones o aplicación de una modalidad de selección diferente a la que corresponda por ley, para adjudicar y/o celebrar un contrato que beneficie a un proponente. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	ALTO	Fraude Interno	NO
5	GDA_05	Gestión de Adquisiciones	Gestión Contratos	Económico	Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, con el fin de manipular la información en el seguimiento y supervisión de los contratos. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	ALTO	Fraude Interno	NO

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 20

N°	Código	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo inherente	Clasificación del Riesgo	Materializado 2024
6	GFI_08	Gestión Financiera	Tesorería Presupuesto	Económico	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.	ALTO	Fraude Interno	NO
7	GFI_09	Gestión Financiera	Facturación	Económico	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.	EXTREMO	Fraude Interno	NO
8	OCI_04	Evaluación, mejoramiento y seguimiento	Oficina de Control Interno	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para alterar a conveniencia propia o de terceros los resultados de informes a cargo de la Oficina de Control Interno. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	ALTO	Fraude Interno	NO

Fuente de Información - Mapa de Riesgos Institucional Versión03 2024

7. RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE CONTROLES.

De acuerdo con el alcance del presente informe, se verificaron 20 controles establecidos para ocho (08) riesgos de corrupción (Fraude Interno), correspondientes a los procesos mencionados en la Tabla N°2, de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional Versión 03, del 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
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 6 de 20

7.1 Verificación de los controles correspondiente al Proceso de Gestión de Apoyo Asistencial y Farmacéutico

7.1.1. Responsables:

- Farmacia de Producción y Adecuación de Medicamentos.
- Farmacia Salas de Cirugía.
- Farmacia de Salas de Maternidad.
- Farmacia Tecnologías en Salud (Medicamentos, Insumos Médico Quirúrgicos de diagnóstico y reactivos).

Por lo anterior, se presenta a continuación el resultado de la efectividad de los controles teniendo en cuenta los documentos remitidos el día 30 de agosto del 2024, por la Unidad de Farmacias:

Tabla N°2- Verificación de soportes de controles Proceso de Gestión de Apoyo Asistencial y Farmacéutico

N.º	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
1	Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos Farmacia Salas de Cirugía. Farmacia de Salas de Maternidad Farmacia Tecnologías en Salud (Medicamentos, Insumos Médico Quirúrgicos de diagnóstico y reactivos)	Posibilidad de afectación económica por vencimiento de tecnologías en salud asociada a no realizar gestión alguna para evitar la materialización del riesgo, debido a falta de control, descuido en los procesos de manejo de productos próximos a vencer. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	1.El personal designado de cada farmacia reportará mensualmente al responsable de cada farmacia y al jefe de Unidad, el listado de medicamentos y dispositivos con fechas de vencimiento menores a 6 meses, con el fin gestionar el riesgo de sobrantes y faltantes en los inventarios. Siguiendo el procedimiento PROCEDIMIENTO: MANEJO DE PRODUCTOS PRÓXIMOS A VENCER, AVERIADOS Y VENCIDOS CÓDIGO: AA-UNFA-PR-20 2. El personal designado de la farmacia de tecnologías en salud (FTS) gestionará cada vez que sea requerido con los proveedores, los cambios necesarios de los medicamentos y dispositivos próximos a vencer con el fin de garantizar la vigencia de todos los elementos al interior de la farmacia y el correcto manejo de inventarios mitigando la presencia de sobrantes y/o faltantes.	Se observaron correos remitidos por las farmacias responsables, reportando las novedades relacionadas con los medicamentos e insumos médicos próximos a vencer, para los meses de mayo, junio y julio. Es de menciona que, para el mes de agosto, inician la recolección de información los 5 primeros días del mes siguiente, por ende, no se cuenta con soportes para dicho mes. El control del riesgo lo realiza la Farmacia de Tecnologías en Salud (Medicamentos, Insumos Médico Quirúrgicos de diagnóstico y reactivos); quien es la encargada de realizar las gestiones relacionadas con los cambios de medicamentos e insumos hospitalarios de cara al proveedor. Se observaron documentos de la gestión realizada frente al proveedor, con el fin de efectuar los respectivos cambios de medicamentos y dispositivos médicos, para los meses de mayo, junio y julio. Es de menciona que, para el mes de agosto, inician la recolección de información los 5 primeros días del mes siguiente, por ende, no se cuenta con soportes para dicho mes

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 20

Nº	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
				3. El personal designado por el jefe de la Unidad de Farmacia realiza mensualmente un reporte de acceso a las áreas de Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos. Con el fin de mitigar el riesgo de posibles pérdidas por hurto de medicamentos de alto costo debido al ingreso de personal externo en las áreas del almacén.	Se observa formato: Control ingreso áreas de producción, código: AA-GAME-PR-02-FT-01, fecha de emisión: 29-12-2020, versión 02, diligenciado por personal externo, el cual accedió a las estaciones de la Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos, para los meses de junio, julio y agosto, con el fin de brindar soporte de mantenimiento.

Información de controles remitida por la UNFA -Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03

Análisis prueba de controles:

Las farmacias cuentan con un (01) riesgo de corrupción (fraude interno), con impacto económico y reputacional y Zona de Riesgo inherente extremo, este a su vez reúne tres (03) controles enfocados a mitigar el riesgo de sobrantes y faltantes en el inventario y posibles pérdidas por hurto de medicamentos de alto costo, así;

- Reporte mensual de Insumos y medicamentos próximos a vencer.
- Gestión con el proveedor para el cambio de medicamentos e insumos médicos próximos a vencer, toda vez que se requiera.
- Reporte mensual de acceso a las áreas de Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos.

Ahora bien, en el marco de la evaluación de efectividad de controles aplicados por la primera línea, se obtuvo lo siguiente:

Control 1: Se observaron documentos de reportes realizados por el personal de las farmacias, que dan cuenta de la gestión que ha venido realizando, respecto a los insumos y medicamentos vencidos para los meses de mayo, junio y julio de 2024.

Control 2: Una vez verificados los respectivos soportes de gestión, se observan insumos con menos de 6 meses próximos a vencer, los cuales fueron reportados al proveedor en el mes de julio, tales como:

- 1186220367 balón Dilatación Biliar Diámetro 4 mm a 10mm longitud 20 - 40 mm y (12-8 atm) w4503627 - 9/08/2024.
- 186220367 balón Dilatación Biliar Diámetro 4 mm a 10mm longitud 20 - 40 mm y (12-8 atm) w4503627- 9/08/2024.
- 197010011 bolsa de líquido formaldehído para autoclave 2% 20212462 -30/08/2024.

Control 3: No se adjuntaron documentos adicionales que soporten la justificación y autorización de ingreso a las instalaciones de la Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos, de las personas registradas en el formato: Control ingreso áreas de producción, código: AA-GAME-PR-02-FT-01, fecha de emisión: 29-12-2020, Versión 02, para los meses 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
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 8 de 20

junio, julio y agosto, de quienes ingresaron con el propósito de brindar soporte de mantenimiento.

Conforme a lo anterior la Oficina de Control Interno, presenta la Recomendación N. 1, en el Capítulo 9. Recomendaciones.

7.2 Verificación de los Controles Correspondiente al Proceso de Atención Ambulatoria

7.2.1. Responsables:

- Consulta Externa
- Radiología.

En la tabla N°3 se presenta el riesgo de corrupción, con su respectivo control y la verificación de la efectividad del mismo, de acuerdo con los soportes remitidos por medio de correo electrónico, por consulta externa a la Oficina de Control Interno el día 30 de agosto y el 02 de septiembre del 2024.

Tabla N°3- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
2	Atención Ambulatoria	Consulta Externa Radiología.	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional, recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, debido al manejo de influencias en la asignación de citas médicas y falla en adherencia a los protocolos institucionales por parte de los funcionarios de asignación de citas. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificará por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	1. El responsable del servicio de consulta externa, verificará mensualmente el cumplimiento del procedimiento de asignación de citas que se realice de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Cod. AM-COEX-PR-01-IN-02, y trimestralmente capacita y retroalimenta al personal a cargo de la asignación de citas, dando cumplimiento al código de ética y buen gobierno de la entidad.	Se observan los siguientes documentos así; Mayo: Acta de sensibilización y monitoreo de riesgos de corrupción, en la cual se exponen los conceptos de Mapa de Riesgos, Mapa de Riesgos anticorrupción y descripción del riesgo. Junio: Acta de socialización del Sarlaft, mapa de riesgos, código de ética y buen gobierno. Julio: sensibilización y monitoreo de riesgos de corrupción y monitoreo de auditorías internas. Agosto: Realizan nuevamente campaña de sensibilización relacionada con el Mapa de riesgos, Mapa de riesgos anticorrupción y descripción del riesgo a los usuarios a cargo.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03. Información de controles remitida por Consulta Externa.

Análisis prueba de controles:

En proceso de Atención Ambulatoria cuenta con un (01) riesgo de corrupción (fraude interno), con impacto Económico y Reputacional y zona de riesgo inherente alto. De igual forma, se estableció un control para mitigar el riesgo, el cual está determinado en el Mapa de Riesgos Versión 03 y tiene como propósito dar cumplimiento al procedimiento de asignación de citas Cod. AM-COEX-PR-01-IN-02 y realizar capacitaciones trimestrales relacionadas con el código de ética y buen gobierno.

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 20

Una vez analizados los respectivos soportes se concluye lo siguiente:

Se evidencia que los controles planteados, han permitido llevar un control permanente de la mitigación del riesgo, por tal razón para el período evaluado no se ha presentado materialización del mismo.

Así mismo, es importante mencionar que, no fue posible analizar para el segundo cuatrimestre los soportes de la aplicación del control correspondiente al servicio de Radiología; ya que, estos no fueron remitidos pese a que se solicitó por medio de correo electrónico el día 29 de agosto del 2024 y de manera verbal al Jefe del servicio el 05 de septiembre de los corrientes.

7.3 Verificación de los controles correspondiente al Proceso de Gestión Humana

7.3.1 Responsable: Oficina de Control Disciplinario Interno.

En la siguiente tabla se presenta el riesgo de corrupción con la verificación de un (01) control, con impacto económico y reputacional y con Zona de Riesgo inherente moderada.

Es de mencionar que la evaluación se realiza conforme a los datos remitidos por la Oficina de Control Disciplinario Interno, el día 29 de agosto del 2024.

Tabla N°4- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
3	Gestión Humana	Oficina Control Disciplinario Interno	Económico y Reputacional	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. (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.	1. La jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno gestiona con cada uno de los funcionarios a su cargo, la suscripción mensual de un acta de adherencia al código general disciplinario, en lo que concierne a las faltas disciplinarias relacionadas con recibir o solicitar dádivas como consecuencia de la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado.	Se verificaron actas de compromiso de confidencialidad para los meses de mayo, junio, julio y agosto, por cada uno de los integrantes de dicha oficina

Información de Controles remitida por la Oficina de Control Disciplinario- Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03.

Análisis prueba de controles:

El control establecido para mitigar el riesgo se encuentra relacionado la afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva para la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado. Así pues, al verificar el proceso y los documentos aportados por la oficina en mención, se identificó lo siguiente.

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 20

- Se observa la gestión realizada por el Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno, con cada uno de los funcionarios a su cargo en cuanto a los documentos soporte denominados “*Actas de Compromiso de confidencialidad*”, no obstante, el control establecido en el Mapa de Riesgos Versión 03, menciona la “*suscripción mensual de un acta de adherencia al código general disciplinario*”, Si bien el nombre del soporte entregado no coincide con el nombre del soporte establecido en el control, se identificó que en el segundo párrafo de la página 2, se establece que “*El funcionario interviniente deberá abstenerse de recibir exigir o aceptar privilegio dádiva o cualquier otra prerrogativa, o promesa proveniente de persona directa o indirectamente interesada en el resultado del proceso*”.

7.3.2 Observaciones

Observación1. Se evidenció debilidad en la articulación de los nombres de los soportes establecidos en el Control y en los nombres de los soportes entregados que dan cuenta de la implementación del control, lo cual puede generar confusión por parte de terceros.

Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta la Recomendación N. 2, en el Capítulo 9. Recomendaciones.

7.4. Verificación de los controles correspondiente al Proceso Gestión de Adquisiciones

7.4.1 Responsable: Gestión de Contratos

El proceso de Gestión de Adquisiciones cuenta con dos (02) riesgos de corrupción y ocho (08) controles asociados; por tal razón es importante mencionar que, en la tabla N°5, se presenta la verificación de la efectividad del riesgo, con impacto económico y reputacional que consta de cuatro (04) controles. De igual manera, en el numeral 7.5, tabla N°6, se detalla la revisión del riesgo con impacto de económico, junto con los respectivos controles establecidos en el Mapa de Riesgos Versión 03.

Así mismo, la verificación se realizó conforme a la información compartida por medio de correo electrónico el 05 de septiembre del 2024, por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos.

Tabla N°5- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
4	Gestión de Adquisiciones	Gestión Contratos	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, para el direccionamiento de estudios previos, evaluaciones o	1. El profesional designado del Área de Gestión Contratos – GECO, realiza cada vez que se requiera la verificación integral de los documentos que hacen parte de los estudios previos y la modalidad de selección aplicable. 2.El Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, por instrucción del ordenador del gasto, conforma un comité evaluador para que realice la verificación cada vez que se requiera, de los requisitos habilitantes jurídicos,	Se observan documentos referentes a los estudios previos adelantados por la Unidad de Compra, Licitaciones y Bienes Activos. Se observa RESOLUCIÓN NÚMERO 1415 DE 25-10-2023, Por medio de la cual se hacen unas delegaciones y se dictan otras disposiciones”. Documentos de designación de los comités

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 20

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
				aplicación de una modalidad de selección diferente a la que corresponda por ley, para adjudicar y/o celebrar un contrato que beneficie a un proponente. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	técnicos, económicos y financieros establecidos en el pliego complementario de condiciones o invitación pública y la evaluación de los factores de ponderación previos en cada proceso, para la escogencia de la oferta más favorable a la necesidades del Hospital Militar Central, de manera objetiva.	estructuradores, evaluadores supervisor y el gerente del proyecto de algunos procesos de selección de mínima cuantía así; Contrato N°166 de 2024, documento de designación con fecha del 31 de mayo. Contrato N° MC-182 -de 2024, documento de designación con fecha del 18 de junio del 2024 Contrato N° 201 del 2024, documento de designación con fecha del 03 de julio del 2024 Contrato N°247 del 2024, con fecha de documento de designación del 21 de agosto del 2024. De igual manera, se evidencian documento de evaluación económica y financiera del proceso de mínima cuantía correspondiente al contrato MC-166-2024-HOMIL, y certificados de antecedentes disciplinarios y penales. Así mismo, la publicación en el SECOP II del proceso con la evaluación, jurídica, económica y técnica.
					3. El coordinador del Área de Gestión Contratos, en su calidad de secretario técnico, realiza la citación a las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité Asesor de Contratación cada vez que se requiera, órgano encargado de asesorar al Ordenador del Gasto para el desarrollo de la actividad contractual que se adelante al interior de la Entidad, que conocerá y emitirá recomendaciones sobre procedimientos contractuales que por su naturaleza le sean encomendados	Se observó documento de citación al comité y las respectivas actas así, Mayo: se realizaron 9 sesiones del comité Julio: se realizaron 8 sesiones del comité. Es de mencionar que, para los meses de junio y agosto, no se observaron actas de sesiones realizadas
					4.El jefe de la Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos, gestiona y promueve trimestralmente la disposición de un canal de denuncia por medio del correo compraslicitaciones@homil.gov.co, como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas anti	El documento aportado por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos no da cuenta de la aplicación del control.

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 20

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
					éticas en el desarrollo del proceso contractual.	

Información de controles remitida por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos - Fuente Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03

Análisis prueba de controles:

Al verificar los documentos remitidos por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, se observó lo siguiente:

Control 1: La Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, viene realizando la verificación de documentos de los procesos correspondientes a las etapas de la contratación, por medio de una profesional quien brindar asesoría y apoyo en los aspectos jurídicos, así mismo, se observaron documentos referentes a estudios previos realizados para el segundo cuatrimestre del año 2024.

Control 2: Se evidencian documentos de designación de los comités estructuradores, evaluadores, supervisor y el gerente del proyecto de algunos procesos de selección de mínima cuantía, informes de evaluación económica y financiera y publicación del mismo en el Secop II.

Control 3: De acuerdo con la información aportada por la Unidad, para los meses de mayo y julio de 2024, se realizaron 17 sesiones del comité, sin embargo, para junio y agosto no se presentaron soportes. Así mismo se identificó que en el diseño del control el nombre del “Comité Asesor de Contratación”, no corresponde con el nombre del “Comité de Adquisiciones”, que aparece registrado en cada acta entregada como soporte de la aplicación del control.

Control 4: El documento aportado por la Unidad, no da cuenta de la aplicación del control, así mismo, se identificó una posible falta de articulación con el equipo de SARLAFT, para la determinación del canal oficial como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas antiéticas en el desarrollo del proceso contractual.

7.4.2 Observaciones

Observación 2: Se evidenció debilidad de forma y fondo en el diseño del Control 3 al registrar al “Comité Asesor de Contratación”, dado que en la realidad del HOMIL, el Comité de Adquisiciones reglamentado mediante Resolución 442 del 10 de mayo del 2017, es el órgano encargado de recomendar al Ordenador del Gasto para el desarrollo de la actividad contractual que se adelante al interior de la Entidad, que conocerá y emitirá recomendaciones sobre procedimientos contractuales que por su naturaleza le sean encomendados.

Observación 3: En cuanto al diseño y la aplicación del Control 4, se identificó una posible falta de articulación con el equipo de SARLAFT, para la determinación del canal oficial como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas antiéticas en el desarrollo del proceso contractual.

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 20

Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta las Recomendaciones 3 y 4, en el Capítulo 9. Recomendaciones.

7.5. Verificación de los controles correspondiente al Proceso Gestión de Adquisiciones

7.5.1 Responsable: Gestión de Contratos

Para la verificación de la efectividad de los controles asociados a los riesgos de corrupción correspondientes al proceso de Gestión de contratos, se presenta en la tabla N°5, un (01) riesgo de corrupción, con cuatro (04) controles, con un impacto económico y zona de riesgo inherente alta.

El análisis se realizó de acuerdo con la información remitida por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, el día 05 de septiembre del 2024, por medio de correo electrónico.

Tabla N°5- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
5	Gestión de Adquisiciones	Gestión Contratos	Económico	Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, con el fin de manipular la información en el seguimiento y supervisión de los contratos.	1. El encargado del Área de seguimiento, ejecución y apoyo contractual realiza cada vez que se requiera la designación de la supervisión, garantizando que el funcionario designado, cumpla con las obligaciones de la supervisión.	Se observan documentos de actas de designación de supervisión remitidas por control doc a los supervisores de contratos, informándoles las supervisiones a cargo y documentos. También se evidencian documentos de Reasignación de Supervisión.
					2.El encargado del Área de seguimiento, ejecución y apoyo contractual comunica cada vez que se requiera a los supervisores de contratos el procedimiento o manual para el ejercicio de la labor de la supervisión, en el cual se indiquen las competencias y responsabilidades frente al proceso	Se observan para los meses de mayo, junio, julio y agosto, correo remitido por el encargado del seguimiento contractual, donde adjunta el seguimiento de ejecución y reserva.
					3. El responsable del área de seguimiento, ejecución y apoyo contractual, realiza de manera trimestral un ejercicio aleatorio para verificar que los supervisores cumplan con lo establecido en el procedimiento o manual para el ejercicio de labor de supervisión.	Se observa para los meses de mayo, junio y julio archivos Excel con la relación de contratos y novedades presentadas en el ejercicio de la ejecución contractual, en cuanto al soporte del mes de agosto, se identificó que no contiene información de seguimiento contractual. De igual manera, informes de seguimiento, ejecución y apoyo contractual, remitidos al jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos.
					4.El jefe de la Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos, gestiona y promociona trimestralmente	El documento aportado por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, no da cuenta de la aplicación

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 20

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
					la disposición de un canal de denuncia por medio del correo comprasyllicitaciones@homil.gov.co , como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas antiéticas en el desarrollo del proceso contractual.	del control.

Información de Controles Remitida por la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos - Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03.

Análisis prueba de controles:

De conformidad con la verificación de soportes se identificó que:

Control 1: Se evidencia la gestión realizada por el área de seguimiento, ejecución y apoyo contractual.

Control 2: Se observan documentos de asignación y reasignación de supervisión comunicando a las nuevas supervisiones a cargo conforme al manual de ejercicio de labor de supervisión.

Control 3: Los soportes presentados corresponden a seguimientos mensuales, no obstante, en los seguimientos no se evidencia el registro del análisis del cumplimiento de las obligaciones contractuales verificadas por los supervisores.

Control 4: El documento aportado por la Unidad, no da cuenta de la aplicación del control, así mismo, se identificó una posible falta de articulación con el equipo de SARLAFT, para la determinación del canal oficial como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas antiéticas en el desarrollo del proceso contractual. Frente a este control se replica la Observación 3, del presente informe.

7.5.2 Observación

Observación 4. En cuanto al diseño y la aplicación del Control 3, se identificó una posible debilidad en cuanto al seguimiento asociado a la verificación por parte del cumplimiento de las obligaciones contractuales de los contratos objeto de la muestra

Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta la recomendación 5 en el Capítulo 10. Recomendaciones.

7.6. Verificación de los controles correspondientes al Proceso de Gestión Financiera

7.6.1 Responsables: Tesorería y Presupuesto

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 15 de 20

El proceso de Gestión Financiera cuenta con dos (02) riesgos de corrupción y cinco (05) controles asociados; así mismo, es importante mencionar que en la siguiente tabla se evaluó un riesgo y la efectividad de cuatro (04) controles, conforme a la información suministrada por Tesorería y Presupuesto, el día 05 de septiembre y a la verificación realizada el 03 de septiembre del 2024, en las instalaciones, con el responsable del proceso.

Tabla N°6- Verificación de la efectividad de controles

Nº	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
6	Gestión Financiera	Treasurería Presupuesto	Económico	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.	1. 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 proceso, realiza revisión de solicitudes de registro adiciones y/o prorrogas a los compromisos de los contratos, solicitados por la UCLB
					2. 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 valida la cuenta bancaria toda vez que se expida compromiso presupuestal, esto se realiza en el SIIF
					3. 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.	Se verifica que los soportes y anexos cumplan con lo exigido en el contrato para efectuar el pago. Una vez verificados, se procede a generar la obligación presupuestal.
					4. 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.	Se validan soportes frente al SIIF y se asigna fecha para la programación del giro conforme a lo pactado contractualmente.

Información de controles remitida por Tesorería y Presupuesto - Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 Versión 03

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 16 de 20

Análisis prueba de controles:

Se verificó en las instalaciones de tesorería y presupuesto junto con el personal responsable de ejecutar los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Versión 03, para el Proceso de Gestión Financiera así:

Control 1: Realiza la revisión de solicitudes de registro de adiciones y/o prorrogas a los compromisos de los contratos, solicitados por la UCLB y procede a elaborar el CDP, una vez se encuentre formato se remite a la UCLB.

Control 2: La UCLB remite a presupuesto carpeta con el documento con el anexo de certificado de cuenta bancaria, la cual se verifica y crea el registro del tercero en el SIIF, y se revisa la aprobación del contrato en el SECOP

Control 3: Cada vez que se genere una obligación presupuestal, se verifica que los documentos soporte cumplan con los requisitos exigidos en el contrato y se anexe la documentación requerida para el trámite de pago.

Control 4: Se verifica en el SIIF que la información sea la correcta, allí se ingresa el número de cuenta bancaria donde se va a depositar los recursos, y esta su vez, trae toda la información que se requiere para efectuar el pago. De igual, manera se asigna fecha para la programación del giro.

En caso de identificar información errónea, se realiza la devolución del informe de supervisión al responsable, con el fin de que se subsane según corresponda.

Una vez finaliza el proceso, los documentos son remitidos a la persona designada por el responsable, la cual se encarga de archivar en carpetas físicas, los siguientes documentos:

- Informes de supervisión
- Informe de actividades y documentos anexos
- certificado de egresos.

7.7. Verificación de los controles correspondiente al Proceso Gestión Financiera

7.7.1 Responsables: Facturación

A continuación, se presenta la evaluación de un control correspondiente a un riesgo de corrupción, con impacto económico y zona de riesgo inherente extremo, conforme a la reunión realizada días 29 de agosto y 02 de septiembre del 2024 y la muestra tomada el 05 de septiembre del 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
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		Página 17 de 20

Tabla N°7- Verificación de la Efectividad del Control

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
7	Gestión Financiera	Facturación	Económico	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 valida 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.	La Oficina de Control Interno, realizó reunión con la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación los días 29 de agosto y 02 de septiembre del 2024 con el fin de verificar el control asociado al riesgo de corrupción. Así; Ingreso a Dinámica Gerencial- Módulo de historia clínica, allí el Auditor procede a realizar la respectiva revisión y diligenciamiento del formato Preauditoría historia clínica Vs. Auditoria de las cuentas, médicas del Hospitalización – Código: GF- FAC-PR-02-FT-02-Fecha de emisión: 23-04-2024, versión 02, teniendo en cuenta todo lo facturable dentro de la hospitalización del paciente. Posteriormente en Dinámica gerencial, en el módulo de liquidación se revisa la prefectura del paciente allí se realiza la verificación de todos los medicamentos insumos, dispositivos médicos cargados en la cuenta por las diferentes farmacias. Cada vez que el auditor de cuentas médicas identifica un faltante de cargue de medicamentos, insumos o dispositivos médicos por parte de las farmacias, la Unidad, envía oficio por control DOC al jefe de la Unidad de Farmacia y el subdirector de Apoyo Diagnóstico, evidenciando la novedad presentada. Cuando el auditor de cuentas médicas identifica mayor o menos cantidad cargada de medicamentos, insumos o dispositivos médicos en la cuenta del paciente por parte de las farmacias, remite oficio por control Doc al jefe de la Unidad de Farmacia, el subdirector de Apoyo Diagnóstico y al jefe de servicio de enfermería, dando a conocer la novedad, con el fin de que esta se subsane según corresponda. Una vez se encuentren verificadas y registradas las novedades o sugerencias, se remite al facturador que tenga asignada dicha cuenta médica, para que proceda a realizar el cargue de los servicios conforme a lo registrado en la prefectura como lo son, las interconsultas, laboratorios, cirugías, procedimientos, entro otros Antes de que el facturador cierre la factura, el auditor de cuentas médicas verifica nuevamente, de manera general y realiza solicitud de ajuste al facturador si se requiere, con el propósito de mitigar riesgo de glosa o subfacturación. Se finaliza el proceso con la respectiva radicación de las cuentas ante a DIGSA o el pagador correspondiente. Así pues, el día 05 de septiembre del 2024, se tomó muestra aleatoria simple, para los meses de mayo, junio y julio, donde verificó la atención realizada facturable dentro de la hospitalización, evaluando los datos registrados en el formato Preauditoría historia clínica Vs. Auditoria de las cuentas, medicas del Hospitalización – Código: GF- FAC-PR-02-FT-02-Fecha de emisión: 23-04-2024 versión 02, frente al Módulo de historia clínica de Dinámica Gerencial-Módulo. Es de mencionar que lo anterior se realizó en compañía de una persona delegada por la jefe de la Unidad. Nota: No fue posible verificar información del mes de agosto, dado que, de acuerdo con la Unidad, la recolección de datos inicia los primeros 5 días del mes siguiente.

Información de pre auditorías realizadas por la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación - Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03

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 18 de 20

Análisis prueba de controles:

Se verificó la muestra tomada en las instalaciones de Facturación en compañía del responsable de la Unidad, encontrándose lo siguiente.

Control 1: La Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación, realiza diariamente pre auditoria cruzando la información cargada por las farmacias y los médicos, en Dinámica Gerencial Módulo de historia clínica, allí cada uno de los auditores extrae en el formato Preauditoría historia clínica Vs. Auditoria de las cuentas, médicas del Hospitalización – Código: GF- FAC-PR-02-FT-02-Fecha de emisión: 23-04-2024, versión 02, todo lo que es facturable dentro de la hospitalización del paciente.

Lo anterior es el insumo principal para que el facturador realice la respectiva factura. De igual manera, la Unidad cuenta con los documentos físicos de las preauditorias, los cuales son consultados toda vez que se requieran para confirmar la información.

También es importante mencionar, que el personal responsable, realiza varias verificaciones antes de generar la factura, esto con el propósito de garantizar que la información remitida al facturador sea la que corresponda a la historia clínica consulta.

7.8. Verificación de los controles correspondientes al Proceso Evaluación, mejoramiento y seguimiento

7.8.1 Responsable: Oficina de Control Interno

La Oficina de Control interno, cuenta con un riesgo de corrupción y un control asociado, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente alta, el cual se evalúa a continuación.

Tabla N°8- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
8	Evaluación, mejoramiento y seguimiento	Oficina de Control Interno	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para alterar a conveniencia propia o de terceros los resultados de informes a cargo de la Oficina de Control Interno.	1.Los Profesionales de la Oficina de Control Interno, cada vez que se realice un informe de auditoría, diligencian el formato de Declaración de Independencia código EM-OCIN-PR-01-FT-04, con el propósito de realizar adherencia al Código de Ética para los Auditores Internos del Hospital Militar Central Cód.: EM-OCIN-PR-01-DI-01. (Registro de la Declaración de independencia)	Para el segundo cuatrimestre la Oficina de Control Interno, realizó informe de auditoría, correspondiente al proceso Gestión Logística-Gestión Ambiental (Radicado de salida: ID 343862 del 13 de agosto 2024).así mismo, en la carpeta ubicada en el Drive, se encuentra el archivo junto con el respectivo formato de Declaración de Independencia código EM-OCIN-PR-01-FT-04, con el propósito de realizar adherencia al Código de Ética para los Auditores Internos del Hospital Militar Central Cód.: EM-OCIN-PR-01-DI-01. De igual forma, para el mes de agosto, se aplicó el formato declaración de independencia, código EM-OCIN-PR-01-FT-04 para la Profesional Karina Córdoba Acero en el marco de la Auditoría a los Procesos Gestión Financiera (Cartera) y Gestión Jurídica (Cobro coactivo-sentencias), ésta unificación y ampliación de auditoría fue aprobada en la sesión de Comité de Coordinación de Control Interno del 14 de agosto de 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
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 19 de 20

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
				Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.	2. El Jefe de la Oficina de Control Interno, cada vez que se genera un informe o se realiza una auditoria, seguimiento o selectiva de acuerdo con lo establecido en el Plan Anual de Auditoria de la vigencia, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, revisa, verifica y aprueba la información generada por el equipo auditor, los cuales deberán estar acompañados de papeles de trabajo, actas de reunión, informe preliminar e informe final. (Informes y actas de cierre de auditoria)	Para el segundo cuatrimestre se han realizado los siguiente informes de seguimiento así: Mayo: 4 informes de seguimiento Junio:3 informes de seguimiento Julio:3 informes de seguimiento Agosto: 5 informes de seguimiento y una auditoria. Para un total de 15 informes y una auditoria

Informes emitidos por la OCIN, durante el segundo cuatrimestre del 2024 - Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03

Análisis prueba de controles:

Una vez verificada la información correspondiente al control 1 y 2, se obtuvo lo siguiente

Control 1: La Oficina de Control Interno, aplico formato de Declaración de Independencia código EM-OCIN-PR-01-FT-04, con el propósito de realizar adherencia al Código de Ética para los Auditores Internos del Hospital Militar Central Cód.: EM-OCIN-PR-01-DI-01, para la auditoria correspondiente al proceso Gestión Logística-Gestión Ambiental, y en el caso de la profesional que ingresó al equipo de la OCIN en el mes de agosto de 2024, se aplicó el formato declaración de independencia, código EM-OCIN-PR-01-FT-04, en el marco de la Auditoría a los Procesos Gestión Financiera (Cartera) y Gestión Jurídica (Cobro coactivo-sentencias).

Control 2: Para el segundo cuatrimestre la Oficina de Control interno ha realizado 15 informes de seguimiento y una auditoria.

8. CONCLUSIONES

Conclusión 1: Se realizó la verificación de la efectividad a 20 controles correspondientes a los 8 riesgos de corrupción establecidos en el Mapa de Riesgos matriz Versión 03 del 2024, de acuerdo a la información suministrada por las unidades, áreas y oficinas, los días 30 de agosto del 2024 y 02, 03 y 05 de septiembre del mismo año.

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 20 de 20

Conclusión 2: En la muestra analizada por la Oficina de Control Interno, no se evidenció materialización de riesgo para el segundo cuatrimestre evaluado, sin embargo, no quiere decir que pueda existir alguna posible desviación.

9. RECOMENDACIONES

Recomendación 1: Se sugiere analizar la pertinencia de contar con los soportes que den cuenta de las autorizaciones de ingreso al área de producción de Farmacia, a fin de propender por el cuidado de los medicamentos de alto costo.

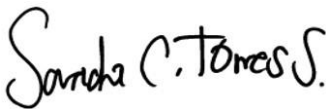
Recomendación 2: Se recomienda verificar la articulación de los nombres de los soportes establecidos en el Control del riesgo de corrupción: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, debido a la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado”*, con los de los soportes generados en la implementación del control, a fin de evitar confusiones por parte de terceros.

Recomendación 3: Se recomienda realizar ajuste al Control 3 alineado con las funciones y nombre del Comité de Adquisiciones.

Recomendación 4: Se sugiere analizar la pertinencia de articular el Control 4, con los canales de denuncia oficiales, realizando el seguimiento continuo a fin de identificar oportunamente las posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas antiéticas en el desarrollo del proceso contractual, y así adelantar las acciones a que haya lugar.

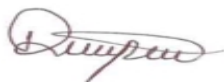
Recomendación 5: En cuanto al diseño y la aplicación del Control 3, se sugiere analizar la pertinencia de fortalecer la aplicación del seguimiento a las labores de supervisión que realizan los supervisores de contratos al cumplimiento de las obligaciones contractuales de los contratos, registrando aquellas situaciones que evidencien debilidades.

Revisó:



SANDRA CAROLINA TORRES SAEZ

Jefe de Oficina Sector Defensa
Oficina de Control Interno



Elaboró: Diana Patricia Bustos Vallejo
Auditor Administrador de Empresas OPS.