

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 30

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Informe Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión Corte Agosto del 2024. 17/10/2024
Dependencia (s)	Oficina Asesora de Planeación Atención al Usuario Unidad de Farmacia Servicio de Urgencias Gestión Logística Unidad de Informática Unidad Financiera
Auditores:	Diana Patricia Bustos Vallejo y Ángela Ibeth Díaz Rey

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 Gestión 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 gestión, 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, la ejecución y monitoreo.

4. ALCANCE

Verificar la efectividad de veinte nueve (29) controles asociados a diez (10) riesgos de gestión, con zona de riesgo inherente alto y extremo, 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 30

- Planeación.
- Comunicaciones y Atención al Usuario.
- Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico.
- Atención Ambulatoria.
- Gestión Logística.
- Tecnologías de la Información.
- Gestión Financiera.

5. IMPEDIMENTOS O MENOSCABOS

Durante el presente seguimiento no se presentaron impedimentos o menoscabos.

6. 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 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"
- Ley 1755 de 2015 (junio 30) "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".
- Resolución 591 del 04 de abril del 2024, del Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades"
- 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.

7. METODOLOGIA

Para la verificación de la efectividad de los controles correspondientes a los riesgos de gestión, 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 12 de septiembre de 2024, se consultó en la página de transparencia, la última versión del Mapa de Riesgos Institucional, correspondiente a la versión 03. De igual manera, los controles asociados a los diez (10) riesgos de gestión, con zona de riesgo inherente alto y extremo, por lo que en la Tabla N°1, se presentan los riesgos de gestión seleccionados, 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 3 de 30

acuerdo con el criterio establecido para el seguimiento realizado al segundo cuatrimestre del año en curso, así:

Tabla N°1 - Riesgos de Gestión

N°	Código	Proceso	Área Responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo inherente	Clasificación del Riesgo	Materializado 2024
1		Planeación	Oficina Asesora de Planeación	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad y desconfianza por parte de la ciudadanía, grupos de valor y usuarios internos y externos, debido a respuestas inexactas o sin soportes en el Formulario Único de Avances de la Gestión - FURAG, por parte de las áreas y servicios de la entidad.	ALTO	Ejecución y Administración de procesos	NO
2	CAU_03	Comunicaciones y Atención al Usuario	Atención al Usuario	Reputacional	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 respuestas superficiales por parte de los servicios, errores en el direccionamiento interno y recepción de peticiones incompletas o con falta de soportes para tramitarlas.	ALTO	Ejecución y Administración de procesos	NO
3	GAAF_08	Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	Farmacia Producción y Adecuación de Medicamento	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional asociado a la seguridad de paciente, por liberación de un medicamento adecuado en la CAM que no corresponde con lo prescrito, producto de errores del personal en la interpretación de la prescripción médica, procesos de producción y liberación de medicamentos, sin cumplir requisitos de calidad.	ALTO	Ejecución y Administración de procesos	NO
4	AAM_02	Atención Ambulatoria	Urgencias	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por no cierre del ciclo de atención de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias (asistencial y administrativo), debido a salida de pacientes sin autorización médica. (Fuga)	ALTO	Ejecución y Administración de procesos	SI
5	GLO_04	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental	Económico y Reputacional	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
6	TIN_01	Tecnologías de la Información	Infraestructura y comunicaciones Gestión de Movilidad y Aplicaciones.	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por registro inoportuno en la Historia Clínica del estado de salud y la atención brindada, debido a la interrupción en la prestación de los servicios tecnológicos de la entidad.	ALTO	Pérdida de Disponibilidad	NO
7	TIN_02	Tecnologías de la Información	Gestión de Seguridad Informática	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional y pérdida de la confidencialidad por el acceso a la 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

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 30

N°	Código	Proceso	Área Responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo inherente	Clasificación del Riesgo	Materializado 2024
8	GFI_01	Gestión Financiera	Presupuesto	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por limitación en la prestación de servicios de salud por falta de recursos, debido a fallas en la planeación y seguimiento presupuestal.	ALTO	Liquidez	NO
9	GFI_03	Gestión Financiera	Contabilidad (Áreas fuente de la información contable)	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción y no fenecimiento de la cuenta fiscal, debido a incluir u omitir datos en el sistema de información, que no respondan a la realidad con respecto a la transacción realizada.	ALTO	Ejecución y Administración de procesos	NO
10	GFI_10	Gestión Financiera	Costos	Reputacional	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.	EXTREMO	Actuarial	NO

Fuente de Información - Mapa de Riesgos Institucional Versión03 2024

- Diseño de instrumento en formato Excel para la clasificación de los riesgos por proceso a verificar.
- El 12 de septiembre de 2024, la Oficina de Control Interno, solicitó por medio de correo electrónico a las áreas responsables, los respectivos soportes de la implementación de cada uno de controles establecidos en la muestra para el seguimiento del segundo cuatrimestre.
- Los días 13, 16, 17,18, 20,23, 25, 26 y 27 de septiembre del 2024, las Unidades y Oficinas, Servicios, remitieron la información correspondiente a los soportes de la aplicación de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional Versión03 2024, durante el segundo cuatrimestre de 2024, de conformidad a la muestra establecida para el presente seguimiento.
- Elaboración del informe preliminar.
- Respuesta de la Oficina de Planeación de fecha 17-10-2024, frente al informe preliminar.
- Radicación Informe Final Informe de seguimiento al Mapa de los Riesgos de Gestión, correspondiente al segundo cuatrimestre del 2024.

8. RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE CONTROLES.

De acuerdo con el alcance del presente informe, se verificaron veintinueve (29) controles establecidos para diez (10) riesgos de gestión, correspondientes a los procesos mencionados en la Tabla N°1, de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional Versión 03, del 2024.

8.1 Verificación de los controles correspondiente al Proceso de Planeación

Responsable: Oficina Asesora de Planeación.

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 30

A continuación, se presenta el resultado de la efectividad de tres (03) controles de acuerdo a los análisis realizados a los documentos remitidos el día 20 de septiembre del 2024, por la Oficina Asesora de Planeación:

Tabla N°2- Verificación de soportes de controles Proceso de Planeación

N°	Proceso	Área responsable	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
1	Planeación	Oficina Asesora de Planeación	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad y desconfianza por parte de la ciudadanía, grupos de valor y usuarios internos y externos, debido a respuestas inexactas o sin soportes en el Formulario Único de Avances de la Gestión - FURAG, por parte de las áreas y servicios de la entidad.	1. El profesional de la Oficina Asesora de Planeación envía anualmente vía correo electrónico el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión - Furag de la vigencia evaluada a los jefes de Unidad, líderes de proceso y demás responsables del diligenciamiento del Furag, con el fin de revisar y dar respuesta según corresponda a cada una de las diferentes políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	Se observó correo emitido por la Oficina Asesora de Planeación el día 08 de marzo del 2024, a los jefes de Unidad, líderes de proceso y demás responsables de las políticas de gestión y desempeño, donde remitió el Formulario Único de Reporte de Avances en la Gestión diligenciado para la vigencia 2022, junto con los lineamientos e instrucciones frente a la apertura de dicho formulario. De igual manera, el 27 de marzo del 2024, la OAPL da alcance al correo emitido el 8 de marzo, donde realiza ajuste a los en lineamientos dados frente al reporte del FURAG, especificando las (17) políticas aplicables a la entidad y adjunta el formulario definitivo del año 2023 para diligenciamiento y reporte por parte de cada líder y responsable de la política.
				2. Los jefes de Unidad, Líderes de Proceso y demás responsables del reporte del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión, envían anualmente al Profesional de la Oficina Asesora de Planeación el Furag diligenciado según corresponda, junto con los soportes de respuesta de cada pregunta, con el fin de garantizar el total diligenciamiento y cumplimiento a la normatividad legal vigente aplicable a la entidad.	Se observó registros a partir del 02 de abril del año 2024, donde, los jefes de Unidad, líderes de proceso y demás responsables de las políticas de gestión y desempeño, remitieron por medio de correo electrónico y Drive a la Oficina Asesora de Planeación, los formularios FURAG diligenciados junto con los respectivos soportes.
				3. El profesional de la Oficina Asesora de Planeación, diligencia anualmente la herramienta la línea del Formulario Único de Avances de la Gestión - FURAG, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente aplicable a la entidad.	Se observó documento con el registro en el aplicativo destinado por el Departamento Administrativo de la Función Pública para el diligenciamiento del FURAG, por parte de la Oficina asesora de Planeación. De igual manera, se evidencia certificado de diligenciamiento vigencia 2023.

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03. Información de controles remitida por la Oficina Asesora de Planeación

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 30

Análisis prueba de controles:

Se verificó la efectividad de tres (03) controles asociados al riesgo de gestión “*Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad y desconfianza por parte de la ciudadanía, grupos de valor y usuarios internos y externos, debido a respuestas inexactas o sin soportes en el Formulario Único de Avances de la Gestión - FURAG, por parte de las áreas y servicios de la entidad*”, el cual cuenta con impacto reputacional y zona de riesgo inherente alto. Dichos controles se relacionan así:

- La Oficina Asesora de Planeación remite de manera anual a los jefes de Unidad, líderes de proceso y demás responsables del diligenciamiento, el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG.
- Los jefes de Unidad, Líderes de Proceso y demás responsables del reporte, envían anualmente al profesional de la Oficina Asesora de Planeación, el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión, diligenciado junto con los soportes de respuesta de cada pregunta.
- Por último, el profesional de la Oficina de Planeación, diligencia anualmente en línea, el Formulario Único de Avances de la Gestión – FURAG.

Así las cosas, una vez analizada la información remitida por la Oficina Asesora de Planeación, se procedió a verificar la efectividad de los controles, obteniendo como resultado lo siguiente:

Control 1: Conforme a la circular externa N° 100 -006 -2024, el Departamento Administrativo de la Función Pública, dio apertura al aplicativo FURAG, para la recolección de información en el mes de abril. La Oficina Asesora de Planeación, el 08 de marzo del 2024, remitió a los jefes de Unidad, líderes de proceso y demás responsables del diligenciamiento, el formulario FURAG del año 2022; así mismo, impartió lineamientos e instrucciones frente a la apertura y diligenciamiento, con el propósito de avanzar con la recolección de la información.

Ahora bien; una vez el Departamento Administrativo de la Función Pública, apertura el aplicativo FURAG, el 27 de marzo del 2024, la Oficina Asesora de Planeación dio alcance al correo enviado el 08 de marzo del mismo año, donde remitió el formulario FURAG 2023, los lineamientos dados por el DAFP respecto al diligenciamiento del mismo y el cronograma en el cual incluyó fechas de entrega del formulario y las evidencias.

Control 2: Se observó que, a partir del 02 de abril del 2024, los líderes y demás responsables de las políticas de gestión y desempeño del HOMIL, dieron cumplimiento a las fechas definidas por la Oficina Asesora de Planeación, para el envío de los formularios diligenciados junto con las evidencias, lo cual fue allegado a dicha oficina por medio de correo electrónico y Google Drive.

Control 3: Se evidenció en los documentos remitidos por la OAPL, registros de la autenticación, selección de entidad y rol del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación en el aplicativo FURAG. De igual forma, el diligenciamiento de la herramienta en línea por cada una

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 30

de las políticas. Así mismo; una vez finalizada dicha actividad, se generó el respectivo certificado de cumplimiento vigencia 2023.

Con referencia a lo previamente explicado, la Oficina Asesora de Planeación, aportó los soportes necesarios para dar cuenta de la aplicación de los controles para el período evaluado.

8.2 Verificación de los Controles Correspondiente al Proceso de Comunicaciones y Atención al Usuario

Responsable: Área de Atención al Usuario

En la tabla N°3, se presenta el riesgo de gestión con su respectivo control y la verificación de la efectividad del mismo, de acuerdo con los soportes remitidos por el Área de Atención al Usuario, por medio de correo electrónico, el día 16 de septiembre.

Tabla N°3- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
2	Comunicaciones y Atención al Usuario	Atención al Usuario	Reputacional	Posibilidad de afectación de 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 respuestas superficiales por parte de los servicios, errores en el direccionamiento interno y recepción de peticiones incompletas o con falta de soportes para tramitarlas.	1. 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.	Se analizó para el segundo cuatrimestre una muestra de dos casos por cada mes así: Mayo: 1.Caso ID 323605 2. Caso ID 324532. Se observó la ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, diligenciada detallando la trazabilidad desde que se recibió la petición hasta que la Unidad emite la respuesta. De igual manera, se evidenció oficios radicados por control doc, los cuales fueron enviados por el Área de Atención al Usuario a la Subdirección Financiera solicitando respuesta de los radicados ID 323605 - ID 324532. Junio: 1.Caso ID 329648 2. Caso ID 329737 Se evidencian ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, diligenciada, documentos emitidos por el Área de Atención al Usuario por control doc a la Unidad de Apoyo Logístico y Unidad Clínico Quirúrgico, solicitando respuesta de los radicados ID 329648 –. Caso ID 329737 Julio: 1.Caso ID 340630 2. Caso ID 337160 Se evidencia diligenciamiento de la ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, oficios remitidos por el Área de Atención al Usuario a la Unidad Clínico Quirúrgico y Unidad de Apoyo logístico, solicitando respuesta de los radicados ID 340630-ID 337160.

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 30

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes del control
						Agosto: 1. Caso ID 341449 2. Caso ID 342687 De igual manera, se observan para el mes de agosto, oficios radicados por control doc a la Unidad de Apoyo Logístico y Unidad Medico Hospitalario solicitando respuesta de los radicados ID 341449- ID 342687

Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03. Información de controles remitida por el Área de Atención al Usuario.

Análisis prueba de controles:

Se verificó la efectividad de un (01) control asociado al riesgo de gestión “incumplimiento de los períodos de tiempo de respuesta establecidos en la ley a las PQRS y posibles tutelas, debido a demoras en las proyecciones de respuesta y/o respuestas superficiales por parte de los servicios, errores en el direccionamiento interno y recepción de peticiones incompletas o con falta de soportes para tramitarlas”, con impacto reputacional y zona de riesgo inherente alta. De igual forma; el control establecido en el Mapa de Riesgos Institucional Versión 03, se relaciona con la utilización del formato ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, oficios remitidos por Control doc a los jefes del servicio y la revisión semanal de la ficha en mención, con el propósito de enviar segundos y terceros requerimientos hasta obtener la respuesta de los radicados.

Una vez analizada la muestra tomada por la Oficina de Control Interno, para verificar la efectividad del control, se obtuvo lo siguiente:

Control 1: No se evidenció en el formato ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02 – fecha de emisión: 02-10-2019, versión 02, la trazabilidad de la solicitud de documentos, recibida con Id: 323605, el 10 de mayo del 2024.

Por otra parte, no se observó documento que dé cuenta del primer requerimiento que realizó el Área de Atención al usuario a la Subdirección de Financiera, ni la respuesta parcial, No obstante; el segundo requerimiento radicado por el Área de Atención al Usuario con número ID: 331206, del 15 de junio del 2024, y la respuesta emitida por la Subdirección, por medio de correo electrónico, el 24 de junio del 2024, se encuentra fuera de términos, frente a la fecha inicial de la solicitud y los plazos establecidos en la ley 1755 del 2015 Art 14, el cual cita: “Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

Es de aclarar qué, de acuerdo con el Informe Final de Seguimiento a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) I Semestre 2024, radicado por medio de oficio I-00003-202425092-HMC Id: 349754, con fecha del 09 de septiembre 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 9 de 30

y el plan de mejoramiento suscrito en el mes de octubre del mismo año, la Oficina de Control Interno, para el presente informe no formula hallazgos, al evidenciarse un plan de mejoramiento que se encuentra en ejecución sobre temas relacionados con el particular.

8.2.1 Observaciones

Observación 1. Se evidenció para el período evaluado, debilidades en la observancia de lo señalado en la Ley 1755 del 2015 Art 14, lo cual generó la materialización del riesgo por debilidades en la ejecución del control.

Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta las Recomendaciones 1 y 2, en el Capítulo 10.

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

Responsable: Farmacia de Producción y Adecuación de Medicamentos

En la tabla N°4, se presenta el riesgo de gestión, con sus respectivos controles y la verificación de la efectividad de los mismos, de acuerdo con los soportes remitidos por la Unidad de Farmacia, los cuales fueron allegados por medio de correo electrónico los días 13, 17 y 27 de septiembre del 2024.

Tabla N°4- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes de los controles
3	Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	Farmacia Producción y Adecuación de Medicamento	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional asociado a la seguridad de paciente, por liberación de un medicamento adecuado en la CAM que no corresponde con lo prescrito, producto de errores del personal en la interpretación de la prescripción médica, procesos de producción y liberación de medicamento s, sin cumplir requisitos de calidad.	1. El químico farmacéutico de control de calidad, realiza cada vez que se requiera la verificación de la información de las etiquetas de identificación de adecuaciones, con la solicitud y/o la fórmula médica para las producciones que aplique. 2. El químico farmacéutico de aseguramiento de calidad, realiza seguimiento trimestral al cronograma de capacitaciones	Se observaron documentos que dan cuenta de la verificación de la información de las etiquetas de identificación de adecuaciones, con la solicitud y/o la fórmula médica para las producciones que aplique. Para los siguientes meses así: mayo: 02/05/2024 18/05/2024 Junio: 01/06/2024 03/06/2024 Julio: 03/07/2024 10/07/2024 Agosto: 03/08/2024 08/08/2024 Se evidenciaron documentos relacionados con la interpretación de la orden médica y procesos de producción así: Mayo: •Acta de reunión del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 15 de mayo del 2024. •Acta de Evaluación del procedimiento

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 30

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Control	Verificación de soportes de los controles
					en el cual se incluyen temas de interpretación de la orden médica, procesos de producción, control de calidad de productos adecuados en la Central de Adecuación de Medicamentos.	control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 15 de mayo del 2024. Sin embargo, no se evidenció lista de asistencia. Agosto: •Acta de reunión del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 26 de agosto del 2024. Sin embargo, no se evidenció lista de asistencia. •Acta de Evaluación del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 26 de agosto del 2024. •Presentación en PowerPoint, relaciona con la interpretación de la orden médica. Se observaron documentos relacionados con el control de calidad de productos adecuados en la Central de Adecuación de Medicamentos tales como: Mayo: •Acta de reunión del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 15 de mayo del 2024. •Acta de Evaluación del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 15 de mayo del 2024. Sin embargo, no se evidenció lista de asistencia. Agosto: •Acta de reunión del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 26 de agosto del 2024. Es de mencionar que, dentro del acta se menciona que dicha capacitación fue llevada a cabo el mes de JUNIO con todo el personal de la CAM y APH. Razón por la cual, no coincide la fecha de la realización, así mismo, no se evidenció lista de asistencia para dicha actividad. •Acta de Evaluación del procedimiento control de calidad central de adecuación medicamentos con fecha del 26 de agosto del 2024. •Se observó Presentación en PowerPoint, la cual se relaciona con el control de calidad de materias primas, material de envase y empaque y etiquetas a utilizar en la Central de Adecuación de Medicamentos (CAM) y los productos terminados que se elaboren en ella, asegurando el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Elaboración y las necesidades de los usuarios.

Información de Controles remitida por la UNFA- 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 11 de 30

Análisis prueba de controles:

Se verifica la efectividad de dos (02) controles asociados al riesgo de gestión” *la seguridad de paciente, por liberación de un medicamento adecuado en la CAM que no corresponde con lo prescrito, producto de errores del personal en la interpretación de la prescripción médica, procesos de producción y liberación de medicamentos, sin cumplir requisitos de calidad*” con impacto reputacional y zona de riesgo inherente alta.

Ahora bien; los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional versión 03, para mitigar la materialización del riesgo, se relacionan con las siguientes actividades:

- Verificación de la información de las etiquetas de identificación de adecuaciones, con la solicitud y/o la fórmula médica para las producciones que aplique.
- El seguimiento trimestral al cronograma de capacitaciones, el cual incluye:
La interpretación de la orden médica, los procesos de producción, el control de calidad de productos adecuados en la Central de Adecuación de Medicamentos.

Con referencia a lo previamente explicado, una vez analizados los documentos aportados por la Unidad de Farmacia, se obtuvo el siguiente resultado frente a la efectividad de los controles:

Control 1: Se observó documentos que dan cuenta de la gestión realizada por el responsable de ejecutar el control para el período evaluado, los cuales se relacionan con la verificación de la información de etiquetas de identificación de adecuaciones.

Control 2: Con relación a la interpretación de la orden médica y procesos de producción, para el mes de mayo del 2024, no se evidenció listado de asistencia frente evaluación realizada. Para agosto, se realizó una capacitación sobre la Interpretación de orden médica para producción en la central de mezclas, con el personal de la CAM y APH; sin embargo, no se observó el respectivo listado de asistencia.

Así las cosas, se procedió a analizar documentos relacionados con el control de calidad de productos adecuados en la Central de Adecuación de Medicamentos, donde se observó que, para el mes de mayo se realizó una evaluación, la cual no cuenta con listado de asistencia. Adicionalmente, para el mes de agosto se llevó a cabo una capacitación, pero dentro del acta se menciona que esta se realizó en el mes de junio, y tampoco se observó listado de asistencia; por lo que, dicho documento no es claro, ya que no da cuenta del período en que se ejecutó.

8.3.1 Observaciones

Observación 2. Se evidenció debilidad en los documentos aportados por la Unidad de Farmacia, que dan cuenta de la aplicación del Control 2 del riesgo *“Posibilidad de afectación reputacional asociado a la seguridad de paciente, por liberación de un medicamento adecuado en la CAM que no corresponde con lo prescrito, producto de errores del personal en la interpretación de la prescripción médica, procesos de producción y liberación de medicamentos, sin cumplir requisitos de calidad”*.

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 30

Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación N. 3, en el Capítulo 10.

8.4. Verificación de los controles correspondientes al Proceso Atención Ambulatoria

Responsable: Servicio de Urgencias

En lo que respecta a la verificación de la efectividad a los controles establecidos previamente en el Mapa de Riesgos Institucional versión 03, para el proceso de Atención Ambulatoria, se presenta en la tabla N°5, el riesgo de gestión con sus respectivos controles y la verificación de los mismos.

Lo anterior se analizó, conforme a los soportes remitidos por el servicio de Urgencias vía correo electrónico, los días 25 y 26 de septiembre del 2024 y la reunión realizada el 26 de septiembre del mismo año.

Tabla N°5- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de los soportes de los controles
4	Atención Ambulatoria	Urgencias	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional por no cierre del ciclo de atención de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias (asistencial y administrativo), debido a salida de pacientes sin autorización médica. (Fuga)	1. El responsable de cada área del servicio de urgencias (Enfermería) deberá identificar e informar al área de seguridad, los pacientes con alto riesgo de fuga (Pacientes con alteración de salud mental), en el Formato: GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS. 2. El responsable del servicio de urgencias coordina con el servicio de enfermería, la educación continua del personal de enfermería, sobre el procedimiento de fugas. Adicionalmente de coordina con el personal de seguridad, el cubrimiento de guardas de seguridad, cámaras y puertas electrónicas en las diferentes salidas del servicio de urgencias, con el fin de mitigar la materialización del riesgo de salida de pacientes sin autorización médica.	El servicio de urgencias remitió copia de dos (02) páginas correspondientes al libro "Pacientes con Riesgos de Fuga – Servicio Urgencias" No se observó formato GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS. Se observó acta de reunión relacionada con el protocolo GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS, con fecha del 01 de agosto del 2024, donde no se evidencia la modalidad en la cual se llevó a cabo dicha reunión. Por otra parte, se observó actas de reunión realizadas por el servicio de urgencias y el personal de seguridad con fecha del 22 de julio y 14 de agosto del 2024, en la cual se coordinó salidas de pacientes y se fortaleció la seguridad en las diferentes salidas del servicio de urgencias.

Información de controles remitida por el Servicio de Urgencias - Fuente Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03

Análisis prueba de controles:

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 30

Se verifica la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con” la salida de pacientes sin autorización médica. (Fuga)”, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente alta y dos (02) controles que se asocian con las siguientes actividades así:

- El responsable identifica e informa al área de seguridad, los pacientes con alto riesgo de fuga (Pacientes con alteración de salud mental), en el Formato: GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS.
- Coordina con el servicio de enfermería, la educación continua del personal de enfermería, sobre el procedimiento de fugas.
- Coordina con el personal de seguridad, el cubrimiento de guardas de seguridad, cámaras y puertas electrónicas en las diferentes salidas del servicio de urgencias, con el fin de mitigar la materialización del riesgo de salida de pacientes sin autorización médica.

Teniendo en cuenta lo presentado anteriormente, la Oficina de Control Interno, el día 26 de septiembre del 2024, realizó reunión con el Servicio de Urgencias, con el propósito verificar los soportes allegados frente a cada uno de los controles establecidos, obteniendo como resultado lo siguiente:

Control 1: Se observó que el formato GL-SEGU-PT-01 versión 1 - Actuación Frente a la Fuga de Usuarios”, mencionado en el control como la herramienta para la mitigación del riesgo, no hace parte de un documento que se deba diligenciar para informar al personal de seguridad, toda vez que se identifiquen pacientes con alto riesgo de fuga y con alteración de salud mental; ya que, dicho formato hace referencia al Protocolo de Actuación Frente a la Fuga de Usuarios.

Por tal motivo, el responsable del servicio ha venido utilizando otros medios para realizar los reportes al área de seguridad, así:

El primer reporte se lleva a cabo utilizando medio de comunicación no oficial; posteriormente registran los datos del paciente en el libro “Pacientes con Riesgos de Fuga – Servicio de Urgencias”.

Es de mencionar que, el servicio de Urgencias no aporta documentos diferentes a los verificados anteriormente, que den cuenta de actividades desarrolladas frente al Protocolo de Fuga de Usuarios para dicho control.

Control 2: Para el periodo evaluado, el servicio de urgencias realizó actividades encaminadas al fortalecimiento de la seguridad en las diferentes salidas del servicio de urgencias; de igual manera, llevó a cabo capacitación con el personal de enfermería, respecto a los lineamientos establecidos en el formato GL-SEGU-PT-01 versión 1 Protocolo Actuación Frente a la Fuga de Usuarios.

8.4.1 Observaciones

Observación 3: Se evidenció debilidad de forma y fondo en el diseño del control 1, al registrar Formato: GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS, como herramienta para informar al área de seguridad, sobre los pacientes con alto riesgo 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 14 de 30

fuga; dado que, dicho formato hace parte del protocolo, lo cual puede generar confusión por parte de terceros.

Observación 4: Se evidenció debilidad al momento de realizar el primer reporte al área de seguridad; dado que, se ha venido utilizando un medio de comunicación no oficial para dicha actividad, lo que podría generar pérdida en la trazabilidad de las novedades presentadas.

Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 4, en el Capítulo 10.

8.5. Verificación de los controles correspondiente al Proceso Gestión Logística

Responsable: Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental

Continuando con la verificación de la efectividad a los controles establecidos previamente en el mapa de riesgos institucional versión 03, para el proceso de Gestión Logística, se presentan en la tabla N°6 el riesgo de gestión, con sus respectivos controles y la verificación de los mismos.

Es de precisar que el análisis de información se realizó conforme a los soportes remitidos vía correo electrónico los días 23 y 30 de septiembre del 2024, por el área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental.

Tabla N°6- Verificación de la efectividad de controles

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
5	Gestión Logística	Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental	Económico y Reputacional	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.	1. 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 - PGIRH.	Se observaron actas para los siguientes meses. Mayo: 02-05-2024: Asistencia inducción prácticas formativas. (No aplica) 02-05-2024: Inducción PGIRH. 07-05-2024: Inducción PGIRH. 15-05-2024: Manejo seguro y clasificación de residuos hospitalarios Junio: 04-06-2024: Asistencia inducción prácticas formativas. (No aplica) 07-06-2024: Sensibilización PGIRH. Julio: 02-07-2024: Asistencia inducción prácticas formativas. (No aplica) 03-07-2024: Compromiso de adherencia al manejo adecuado de residuos hospitalarios PGIRASA. (No aplica) 04-07-2024: Compromiso de adherencia al manejo adecuado de residuos hospitalarios PGIRASA. (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 15 de 30

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
						aplica) 03-07-2024: Manejo adecuado de residuos corto punzantes. 05-07-2024: Clasificación y segregación de residuos. 11 y 15- 07-2024: Inducción PGIRH 16-07-2024: Procedimiento PGIRH. Ruta sanitaria 17-07-2024: Procedimiento PGIRH. Ruta sanitaria. 23-07-2024: Inducción PGIRH. 23-07-2024: Sensibilización y manejo de residuos hospitalarios 24-07-2024: Inducción PGIRH. 29-07-2024: Clasificación y segregación de residuos hospitalarios 30-07-2024: Clasificación y segregación de residuos hospitalarios. Agosto: 01-08-2024: Inducción de ingreso a las prácticas formativas. (No aplica) 02-08-2024: Compromiso de adherencia al manejo adecuado de residuos hospitalarios PGIRASA. (No aplica) 02-08-2024: Inducción prácticas formativas. (No aplica) 02-08-2024: Inducción PGIRH manejo de residuos hospitalarios. 09-08-2024: Inducción PGIRH. 08-08-2024: Manejo de residuos Nota. En el acta de asistencia no se observó registro Personal administrativo. Se observan ocho (08) actas que no dan cuenta de la aplicación del control. Se observó presentación en PowerPoint. Se observaron los siguientes oficios así: Septiembre: ▪Tema: Informe ambiental hallazgos evidenciados servicios asistenciales agosto 2024 ▪Radicado I-00003-202426626-HMC Id: 353082, fecha del 23 de septiembre del 2024. ▪Tema: Informe ambiental hallazgos evidenciados servicios asistenciales Julio
					2. 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 - PGIRH.	

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 30

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes del control
						2024. ▪Radicado I-00003-202426623-HMC Id: 353079, fecha del 23 de septiembre del 2024. ▪Tema: Informe hallazgos evidenciados servicios asistenciales junio ▪Radicado I-00003-202426625-HMC Id: 353081, fecha del 23 de septiembre del 2024. ▪Tema: Informe hallazgos evidenciados servicios asistenciales. ▪Radicado I-00003-202421605-HMC Id: 342232, fecha del 8 de mayo del 2024.

Información de Controles Remitida por el Área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental - Fuente. Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03.

Análisis prueba de controles:

Se verifica la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con “la inadecuada segregación y disposición final de residuos hospitalarios”, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente extremo y dos (02) controles que se asocian con las siguientes actividades así:

- Capacitaciones mensuales al personal asistencial y administrativo.
- 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 - PGIRH.

Control 1: De veinticinco 25 actas reportadas por el área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, diecisiete (17) se relacionan con el control establecido en el mapa de riesgos institucional versión 03; sin embargo, no se evidenció la participación de personal administrativo. Ahora bien, las ocho (08) capacitaciones restantes, no dan cuenta de la aplicación del control. Adicionalmente, dicho control está diseñado para ser implementado por el Jefe de la Unidad de Apoyo Logístico o delegado de la gestión ambiental y no por la Unidad de Formación y Docencia.

Por otra parte, en las capacitaciones mensuales no se evidenció la participación de personal administrativo.

Observación 5: Se identificó debilidades en cuanto a la formulación y aplicación del Control 1, del riesgo “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.”.

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 5, en el Capítulo 10.

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 17 de 30

Control 2: Se observaron, para los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2024, oficios relacionados con hallazgos identificados durante las inspecciones realizadas por parte del Área de Gestión Ambiental, los cuales tuvieron como alcance el seguimiento a la adherencia e implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y fueron remitidos por la Subdirección Administrativa a la Subdirección Medica en las siguientes fechas:

Un (01) oficio del 08 de mayo del 2024.

Tres (03) oficios del 23 de septiembre del 2024.

Lo anterior evidenció debilidades en cuanto a la oportunidad de la comunicación de los hallazgos identificados durante las inspecciones.

Observación 6: Se identificó debilidades en cuanto a la oportunidad en la aplicación del Control 2, del riesgo *“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.”*.

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 6, en el Capítulo 10.

8.6 Verificación de los controles correspondientes al Proceso de Tecnologías de la Información

8.6.1 Riesgo *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por registro inoportuno en la Historia Clínica del estado de salud y la atención brindada, debido a la interrupción en la prestación de los servicios tecnológicos de la entidad.”*

Responsable: Unidad de Informática - Infraestructura y comunicaciones Gestión de Movilidad y Aplicaciones y Mesa de Servicio de Tecnologías de la Información.

Tabla N°7- Verificación de la efectividad de controles proceso Tecnologías de la Información

Nº	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
1	Tecnologías de la Información	Infraestructura y comunicaciones. Gestión de Movilidad y Aplicaciones. Mesa de Servicio de Tecnologías de la Información.	Económico y Reputacional	Posibilidad de afectación económica y reputacional <u>por registro inoportuno en la Historia Clínica del estado de salud y la atención brindada, debido a la interrupción en la prestación de los servicios tecnológicos de la entidad.</u>	1. El líder del área de Infraestructura y Comunicaciones - INCO realiza el monitoreo 7*24*365 a través de las herramientas automatizadas de monitoreo (Network Operations Center - NOC) con el fin de verificar el funcionamiento y el estado general de la infraestructura de redes y comunicaciones de la entidad para tomar acciones preventivas y/o correctivas. 2. El líder del área de gestión de requerimientos e incidentes - GERE coordina y lidera el comité de cambios conforme el procedimiento (GT-UNIN-PR-01) cada vez que se	Informe obtenido de la herramienta automatizada de monitoreo- Network Operations Center - NOC Availability - mayo a agosto 2024.pdf 1. RFC_Actualizacion Firmware AP WiFi.xlsx del 1 de mayo 2024 2. RFC_ActualizacionFirewall-Interno-Perimetral- 24 de agosto2024

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 30

Nº	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
					requiere un cambio de configuración en la infraestructura de redes y comunicaciones; se proyecta el minutograma y las actividades relacionadas con la ejecución del cambio en la infraestructura de redes y comunicaciones que soporta los servicios tecnológicos de la entidad, a través de los formatos establecidos. Con el fin de planear e identificar los impactos que se puedan llegar a generar durante la ejecución.	
					3. El área de Infraestructura y Comunicaciones - INCO, al menos una vez al año realiza un mantenimiento preventivo a la infraestructura de redes y comunicaciones que soporta los servicios tecnológicos, con el fin de asegurar el funcionamiento adecuado de la misma.	El área encargada envía copia de los contratos: 1. Contrato 187-2024 con la empresa Data Integral, a partir del mes de junio de 2024. 2. Orden de Compra 124816-2024 con el Oracle a partir del mes de enero de 2024
					4. El líder de la Mesa de Servicio de TI - MSTI, cada vez que se requiera realiza los mantenimientos correctivos conforme al procedimiento (GT-GERE-PR-01) a los equipos de cómputo de los diferentes servicios asistenciales, con el fin de asegurar el funcionamiento adecuado de los mismos.	Se evidencio según los soportes adjuntos que se hicieron los mantenimientos preventivos de los computadores bajo el contrato 088-2024 con la empresa Red Cómputo.

Información de controles remitida por la Unidad de Informática- Fuente OCIN

Análisis prueba de controles:

Se verificó la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con la *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por registro inoportuno en la Historia Clínica del estado de salud y la atención brindada, debido a la interrupción en la prestación de los servicios tecnológicos de la entidad.”*, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente alto y cuatro controles que se asocian a las siguientes actividades:

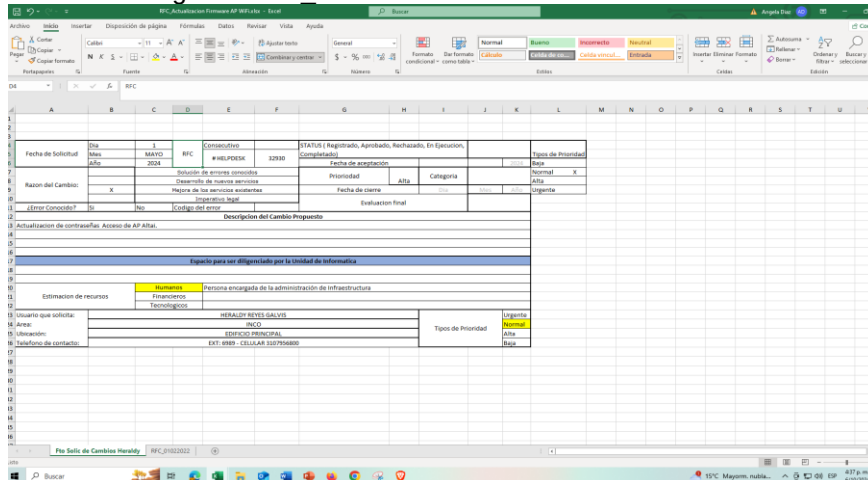
- Monitoreo 7*24*365 del estado general de la infraestructura de redes y comunicaciones.
- Gestión de requerimientos e incidentes cada vez que se requiere un cambio de configuración en la infraestructura de redes y comunicaciones.
- Mantenimiento preventivo a la infraestructura de redes y comunicaciones.
- Mantenimientos correctivos a los equipos de cómputo de los diferentes servicios asistenciales.

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 30

Control 1: En el reporte enviado por la Unidad de Informática se evidenció el monitoreo del funcionamiento y el estado general de la infraestructura de redes y comunicaciones de la entidad para tomar acciones preventivas y/o correctivas, reporte que es obtenido de la herramienta automatizada de monitoreo- Network Operations Center, motivo por el cual es control ha sido efectivo en cuatrimestre evaluado de mayo a septiembre de 2024.

Control 2: En la información proporcionada por el área se identificaron dos cambios solicitados por la Unidad de Informática durante el cuatrimestre de mayo a agosto de 2024. Sin embargo, estos no cumplen con el procedimiento de control de cambio GT-UNIN-PR-01, establecido en el riesgo evaluado. La Oficina de Control Interno observó que los documentos enviados no están en el Formato Único de Solicitud de Requerimientos para el Sistema de Información o formato de solicitud de cambio (Cód.: IM-UNIN-FT-02), como se detalla en la Imagen 1. Teniendo en cuenta lo anterior, la OCIN solicitó este formato a través de un correo electrónico el 27 de septiembre de 2024. En respuesta, la Unidad de Informática indicó que “(...) *IM-UNIN-FT-02 no existe según información de calidad* (...)”.

Imagen 1 RFC Actualización Firmware AP WiFi.xlsx



Fuente: Unidad de Informática

Control 3: Se verificó la información enviada por la Unidad de Informática donde se evidencia que el HOMIL contrató el mantenimiento preventivo a la infraestructura de redes y comunicaciones bajo el contrato 187-2024 con la empresa Data Integral de junio de 2024 y la Orden de Compra 124816-2024 con el Oracle del mes de enero de 2024.

Control 4: Según la información enviada por la Unidad de Informática, se realizaron mantenimientos preventivos bajo el contrato 088-2024 entre los meses de mayo y agosto de 2024 con la empresa Red Computo. Sin embargo, en la documentación proporcionada por el área no se encontraron registros de mantenimientos correctivos que respalden lo realizado en este control, lo que impide determinar su cumplimiento.

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 30

8.6.1.1 Observaciones

Observación 7: Se evidenció debilidad en el seguimiento del control 2, dado que el procedimiento GT-UNIN-PR-01 no se está aplicando de acuerdo con lo establecido, y el formato Cód.: IM-UNIN-FT-02, no se utiliza cuando se requiere un cambio de configuración en la infraestructura de redes y comunicaciones. Aunque se presenta el minutograma y las actividades relacionadas con la ejecución del cambio, la falta de cumplimiento con el procedimiento hace que el control no sea totalmente efectivo.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 7, en el Capítulo 10.

Nota1: La observación se mantiene, ya que la respuesta proporcionada por UNIN y enviada el 17 de octubre de 2024 por la OAP, del informe preliminar, la OCIN pudo evidenciar que los RFC 32930 y RFC 35919 carecen de formato. Aunque el procedimiento se ha estado aplicando, no se ajusta a lo estipulado en el procedimiento GT-UNIN-PR-01, precisamente por la ausencia del formato correspondiente.

Sin embargo, se revisara que el procedimiento GT-UNIN-PR-01 sea actualizado, ya que en lo evidenciado en la respuesta no se envió una solicitud de requerimiento para este propósito.

8.6.2 Riesgo *“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”.*

Responsable: Gestión de Seguridad Informática.

Tabla N°8- Verificación de la efectividad de controles proceso Tecnologías de la Información

Nº	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
2	Tecnologías de la Información	Gestión de Seguridad Informática	Reputacional	Posibilidad de afectación reputacional y pérdida de la confidencialidad por el <u>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.</u>	1. El área de gestión de seguridad informática - GESU, mensualmente realiza campañas de sensibilización en temas de ciberseguridad. 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. 2. El área de Gestión de Movilidad y Aplicaciones - GEAM informa mensualmente a los jefes de Unidad los usuarios	Se verificaron los siguientes documentos en pdf: 1. Correo de Hospital Militar Central - FWD Condiciones para una Contraseña Segura-31-jul-2024.pdf 2. Correo de Hospital Militar Central - FWD_ Formas de Apoyar la Seguridad de la información13-08-2024.pdf 3. Correo de Hospital Militar Central - Por un HOMIL Ciber SEGURO_18-05-2024.pdf 4. Correo de Hospital Militar Central - Por un HOMIL Ciberseguro_1-06-2024.pdf. 5. Correo de Hospital Militar Central - Tip De Ciber Seguridad_21-05-2024.pdf No fue posible verificar documentos que den cuenta de la ejecución de este control, dado que, La Unidad de Informática, no allego registros

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 21 de 30

Nº	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
					activos en el sistema de Información Dinámica gerencial para recibir retroalimentación de la permanencia en los cargos de los profesionales de la salud.	relacionados con la actividad evaluada.
					3. 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)	Se revisó el enlace acceso Formatos Creación Usuarios.docx enviado por el área.
					4. 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.	Se revisaron los siguientes documentos: 1. Correo de Hospital Militar Central - RETIROS JULIO-AGOSTO PLANTA.pdf 2. Correo de Hospital Militar Central - RETIROS JUNIO-JULIO PLANTA.pdf 3. Correo de Hospital Militar Central - RETIROS MAYO-JUNIO PLANTA.pdf. 4. retiros.zip
					5. 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.	Documento de Configuración fecha de terminación contratos en DA.docx, revisado donde se da cuenta la fecha de terminación de contratos.
					6. 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.	Se envía en formato docx el Scrip Inactivación Usuario +de 30 dias.docx

Información de controles remitida por la Unidad de Informática- Fuente OCIN

Análisis prueba de controles:

Se verificó la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con la *“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*

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 22 de 30

credenciales de acceso a la infraestructura tecnológica de la entidad.”, con impacto reputacional y zona de riesgo inherente extremo y seis (6) controles que se asocian a las siguientes actividades:

- Campañas de sensibilización en temas de ciberseguridad.
- Usuarios activos en el sistema de Información Dinámica
- 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)
- Retiros de personal (funcionarios y/o contratistas) para la des habilitación de los accesos a los diferentes servicios tecnológicos.
- Configuración de la fecha de terminación de los contratos.
- Script automático para deshabilitar usuarios.

Control 1: La OCIN verificó que el área de Gestión de Seguridad Informática (GESU) llevó a cabo campañas de sensibilización sobre ciberseguridad entre los meses de mayo y agosto de 2024. Estas iniciativas tuvieron como objetivo concientizar a los usuarios sobre los riesgos asociados con el uso seguro de la infraestructura tecnológica que respalda la prestación de los servicios tecnológicos.

Control 2: Con relación al control en mención, no se evidencia documentos que den cuenta de la ejecución de este.

Control 3: Este control fue debidamente efectuado, y esta soportado por los formatos de solicitud debidamente firmado que se encuentran en siguiente link:

https://drive.google.com/drive/folders/1Ta6AkQenGxipSiyag3pJpC_QXgeeceH0?usp=drive_link

Control 4: Este control fue debidamente efectuado para el segundo cuatrimestre del 2024 y la evidencia queda reportada en el archivo Configuración fecha de terminación contratos en DA.docx, adjunto a este informe.

Control 5: En el Drive compartido por la Unidad de Informática, la OCIN pudo evidenciar que la documentación adjunta da cuenta de la efectividad de este control, debido a que se verificaron los pantallazos del Directorio Activo para el II cuatrimestre de 2024, donde se muestra que para los OPS se registra la fecha fin del contrato de acuerdo a la fecha de terminación este.

Control 6: La OCIN pudo evidenciar que 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, como se observa en la Imagen 2.

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 23 de 30

Imagen 2. Des habilitación de Usuarios

```
#!/bin/bash
source ~/.bash_profile
export ssp=/home/oracle/scripts/monitor/spid.lst
export min=60 # un(1)minuto
date
> $sp
sqlplus -s "/ as sysdba" <<|
set pagesize 0 feedback off verify off heading off echo off timi off
spool $sp
select spid
  from v$process p, v$session s
 where p.addr=s.paddr
    and ( s.username='EMPRESA1'
        and
          ((s.status='ACTIVE' and event='SQL*Net message from client' and last_call_et > ($min*10))
           or
            (s.status='ACTIVE' and event='enq: TX - row lock contention' and last_call_et > ($min*2))
           or
            (s.status='INACTIVE' and last_call_et > ($min*30))
          )
        )
    or (s.status='SNIPED' and last_call_et > ($min));
spool off
exit;
}
while IFS= read line;
do
/bin/kill -9 $line
#echo $line
done < $sp
```

Fuente: Información de controles remitida por la Unidad de Informática

8.6.2.1. Observaciones

Observación 8: Se evidenció que los controles 2 y 4, asociados al riesgo “*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.*” comparten la misma naturaleza, dado que ambos tienen como objetivo informar sobre los usuarios activos, inactivos o retirados.

Frente a lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 8, en el Capítulo 10.

Nota 2: La observación se mantiene hasta que la Unidad de Informática realice una solicitud formal ante la Oficina Asesora de Planeación para excluir el Control 4 del Mapa de Riesgos Institucional 2024 versión 03. Esto se debe a que la OCIN evidenció que el enlace <https://drive.google.com/drive/folders/1Cz3K2uN6lCvT9OzFsvxRjvSRaBluijW?usp=sharing> proporcionado por la Unidad de Informática como evidencia de este control no corresponde a lo solicitado en la recomendación.

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

8.7.1 Riesgo: “*Posibilidad de afectación económica y reputacional por limitación en la prestación de servicios de salud por falta de recursos, debido a fallas en la planeación y seguimiento presupuestal.*”

Responsable: 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 24 de 30

Tabla N°9- Verificación de la efectividad de controles proceso Gestión Financiera – Área Presupuesto

N.º	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
1	Gestión Financiera	Presupuesto	Alto	Posibilidad de afectación económica y reputacional por limitación en la prestación de servicios de salud por falta de recursos, debido a fallas en la planeación y seguimiento presupuestal.	1. El profesional o técnico responsable del área de presupuesto, valida anualmente el cargue inicial del presupuesto en los sistemas de información (Dinámica Gerencial Hospitalaria y SIIF Nación), de acuerdo con la resolución interna de presupuesto, con el fin de identificar las apropiaciones establecidas en el decreto y ley de presupuesto y su distribución interna de acuerdo al plan de compras. (Acta de validación cargue inicial del presupuesto) 2. El profesional o técnico responsable del área de presupuesto, expide anualmente los CDP (Certificado de Disponibilidad Presupuestal) y registros de los contratos suscritos con vigencias futuras, con el fin de dar respaldo presupuestal. (Listado de registros vigencias futuras - socializado por correo electrónico) 3. El profesional o técnico responsable del área de presupuesto, realiza de manera mensual la verificación y seguimiento de la ejecución del presupuesto en sistemas de información (Dinámica Gerencial Hospitalaria y SIIF Nación), genera y socializa informe a través de correo electrónico.	Se verifico: - Reporte de ejecución presupuestal SIIF NACION con fecha 02/01/2024. - Presupuesto Inicial cargado en el aplicativo Dinámica - Resolución N°0001 de 2024 del 2/01/2024 - Desagregación Ppto 2024. - Resolución N°0005 de 2024 - modificación de la resolución 0001 del presupuesto de inversión 2024. Se evidencio: - Correo electrónico con asunto: listado CDP y compromisos contratos SIIF vigencias futuras de 16 de enero de 2024. - Archivo Excel " Listado compromisos SIIF de VF socializado", donde se verifico el listado de vigencias futuras personas naturales y jurídicas. - Listado vig futura año 2022 para 2024-2026.xlsx. 1-2-listado vig futura año 2023 I sem. para 2024-2026.xlsx. - Listado vig futura año 2023 II sem para 2024-2026.xlsx. Se verifico la siguiente información: - Correo de - Ejecución Presupuestal de los meses de mayo a agosto 2024. - Cruce Presupuestal 2024 de mayo a agosto 2024 Subdirecciones.xls

Información de controles remitida por la Unidad Financiera - Fuente OCIN

Análisis prueba de controles:

Se verifica la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con la “Posibilidad de afectación económica y reputacional por limitación en la prestación de servicios de salud por

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 25 de 30

falta de recursos, debido a fallas en la planeación y seguimiento presupuestal.”, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente alto y tres (3) controles que se asocian a las siguientes actividades:

- Cargue inicial del presupuesto en los sistemas de información (Dinámica Gerencial Hospitalaria y SIIF Nación).
- Expedición anualmente de los CDP (Certificado de Disponibilidad Presupuestal) y registros de los contratos suscritos con vigencias futuras, con el fin de dar respaldo presupuestal.
- Seguimiento de la ejecución del presupuesto en sistemas de información (Dinámica Gerencial Hospitalaria y SIIF Nación),

Control 1: La OCIN pudo comprobar que este control se llevó a cabo de manera adecuada, respaldado por la información proporcionada por el área de Presupuesto de la Unidad Financiera. Este control está sustentado por la Resolución N° 0001 de 2024, emitida el 2 de enero de 2024, referente a la desagregación del presupuesto 2024, así como por la Resolución N° 0005 de 2024, que modifica la resolución N° 0001 del presupuesto de inversión 2024.

Control 2: La OCIN constató que la documentación enviada por el área de Presupuesto de la Unidad Financiera evidencia la efectividad de este control.

Control 3: Para este control, la OCIN verificó que se enviaron correos electrónicos de mayo a agosto de 2024 a los integrantes del grupo de Ejecución Presupuestal. Estos correos contenían información sobre la ejecución presupuestal del período y la reserva presupuestal, desagregada al máximo nivel presupuestal y contractual. Se confirmaron los archivos en Excel denominados “CRUCE PRESUPUESTAL 2024 mes XX SUBDIRECCIONES.xlsx”.

8.7.2 Riesgo: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción y no fenecimiento de la cuenta fiscal, debido a incluir u omitir datos en el sistema de información, que no respondan a la realidad con respecto a la transacción realizada.”*

Responsable: Área de Contabilidad – Unidad Financiera

Tabla N°10- Verificación de la efectividad de controles proceso Gestión Financiera-Área Contabilidad

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
2	Gestión Financiera	Contabilidad (Áreas fuente de la información contable)	Alto	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción y no fenecimiento de la cuenta fiscal, debido a incluir u omitir datos en el sistema de información, que	1. El Profesional de Defensa del Área de Contabilidad junto con su equipo de trabajo, realiza seguimiento mensual a niveles de cuentas contables, con el fin de detectar cifras atípicas y realizar las respectivas correcciones.	Se evidencio: 1. Seguimiento a los riesgos Área de Contabilidad donde se genera un acta mensual a: 1. ACTIVOS FIJOS 2. INVENTARIOS 3. JURIDICA 4. PAGOS 5. TALENTO HUMANO 6. TESORERIA 7. UCHF

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 26 de 30

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
				no respondan a la realidad con respecto a la transacción realizada.	2. El Profesional de Defensa del Área de Contabilidad junto con su equipo de trabajo y los responsables de las áreas fuente, realizan trimestralmente la verificación, trazabilidad y coincidencia de los saldos, con el fin de detectar cifras atípicas y realizar las respectivas correcciones.	Se evidencio que fueron verificados, y se hizo la trazabilidad y coincidencia de los saldos de las siguientes cuentas en el mes de junio 2024: 1. ACTIVOS FIJOS 2. INVENTARIOS 3. JURIDICA 4. PAGOS 5. TALENTO HUMANO 6. TESORERIA 7. UCHF
					3. El profesional de Defensa del Área de Tesorería junto con su equipo de trabajo, realizan diarios de caja e informe trimestral de las partidas conciliatorias, con el fin de identificar lo que no se encuentra registrado en libros contables.	Se evidencio: ▪ El diario de caja de mayo a agosto de 2024. ▪ Partidas conciliatorias corte abril 30 y junio 30 del 2024
					4. El profesional de Defensa del Área de Tesorería junto con su equipo de trabajo, agotada la etapa de identificación y registro de las partidas, una vez por semestre debe enviar al comité de sostenibilidad contable, las partidas conciliatorias superiores a seis meses para su depuración a través de este comité.	Se evidencio: 1. Informe primer Comité de Sostenibilidad Contable citado con ID 330280 del 12 de junio/24. 2. 17 registros de partida Conciliatoria Aprobadas por Comité de Saneamiento Contable junio 2024.

Información de controles remitida por la Unidad Financiera - Fuente OCIN

Se verifica la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con la *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción y no fenecimiento de la cuenta fiscal, debido a incluir u omitir datos en el sistema de información, que no respondan a la realidad con respecto a la transacción realizada.”*, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente alto y cuatro (4) controles que se asocian a las siguientes actividades:

- Seguimiento mensual a niveles de cuentas contables.
- Trimestralmente se hace verificación, trazabilidad y coincidencia de los saldos.
- Diarios de caja e informe trimestral de las partidas conciliatorias.
- Envío al comité de sostenibilidad contable, las partidas conciliatorias superiores a seis meses para su depuración

Control 1: Según la documentación proporcionada por el Área de Contabilidad, se pudo evidenciar el cumplimiento de este control. Esta área realiza un seguimiento mensual de los niveles de cuentas contables, lo que le permite detectar cifras atípicas y llevar a cabo las

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 27 de 30

correcciones necesarias, para tal fin anexo las actas de conciliación de cuentas con las siguientes áreas: 1. Activos Fijos 2. Inventarios 3. Jurídica 4. Pagos 5. Talento Humano 6. Tesorería 7. UCHF. En consecuencia, se concluye que este control es efectivo.

Control 2: Este control se realiza de manera trimestral, y la OCIN pudo evidenciar que, en junio de 2024, el área llevó a cabo la verificación, trazabilidad y coincidencia de los saldos para detectar cifras atípicas y realizar las correcciones correspondientes. Esta verificación se realizó con las siguientes áreas: 1. Activos Fijos 2. Inventarios 3. Jurídica 4. Pagos 5. Talento Humano 6. Tesorería 7. UCHF. Por lo tanto, se concluye que este control es efectivo.

Control 3: La OCIN evidenció que este control es efectivo, ya que se ha mantenido el diario de caja de mayo a agosto de 2024. Además, se presentó un informe de conciliación en junio de 2024, a través de un oficio con las áreas de Cartera y Docencia.

Control 4: Se evidencio que para dar cumplimiento a este control se realizó el Informe para el primer Comité de Sostenibilidad Contable citado con ID 330280 del 12 de junio de 24., donde se hicieron 17 registros de partida Conciliatoria que fueron aprobadas por Comité de Saneamiento Contable, sin embargo, aunque fue solicitada el acta del comité el 29 de septiembre de 2024 con correo electrónico, esta no fue allegada a la OCIN.

8.7.3 Riesgo: *“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..”*

Responsable: Área de Costos – Unidad Financiera

Tabla N°10- Verificación de la efectividad de controles proceso Gestión Financiera-Área Costos

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
3	Gestión Financiera	Costos	Extremo	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	1. 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.	3.1- ANEXO 2024 TARIFA INSTITUCIONAL 2024 IPC 3.1- MONITOREO ESTRUCTURA TARIFARIA

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 28 de 30

N°	Proceso	Área responsable	Impacto	Descripción del Riesgo	Controles	Verificación de soportes de los controles
				financieras y los acuerdos contractuales con los aseguradores y su correspondencia con los colaboradores, proveedores y contratistas para la prestación de servicios de salud.	2. 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).	Se anexa: La Nota 26 de los Estados Financieros con corte al 30 de junio de 2024

Información de controles remitida por la Unidad Financiera - Fuente OCIN

Se verifica la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con la “*Se verifica la efectividad de un (01) riesgo de gestión relacionado con la “Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción y no fenecimiento de la cuenta fiscal, debido a incluir u omitir datos en el sistema de información, que no respondan a la realidad con respecto a la transacción realizada.”, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente alto y cuatro (4) controles que se asocian a las siguientes actividades:*”, con impacto económico y zona de riesgo inherente Extremo y dos (2) controles que se asocian a las siguientes actividades:

- Monitoreo anualmente la estructura tarifaria que es parte integral del contrato suscrito con la DIGSA.
- Análisis de Costos trimestral.

Control 1: Este control debe hacerse anualmente, por lo que la Unidad de Costos envió, información del contrato al 29 de diciembre 2024 y el monitoreo de la tarificación efectuada en enero de 2024 donde se evidencia las tarifas que se han manejado durante el 2024. Este control debe ser evaluado en el mes de enero.

Control 2: Se presenta el informe de análisis costos dentro del informe de los Estados Financieros para el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2024, nota 26 Costo de Ventas, es de anotar que el control no se está cumpliendo, debido a que este refiere que se debe presentar un informe trimestral y no semestral que fue el enviado por el Área.

Nota 3: En la respuesta enviada por la OAP, el 17 de octubre de 2024, la OCIN pudo evidenciar que se allegaron los Informes trimestral con corte a Marzo y junio 2024, d esta manera el área cumple con el control 2.

Finalmente y de acuerdo con los resultados del presente informe, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 10, en el Capítulo 10.

9. CONCLUSIONES

Conclusión 1: De acuerdo con la muestra seleccionada, por parte de la Oficina de Control Interno, se realizó la verificación de la efectividad a 29 controles, correspondientes a 10 riesgos

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 29 de 30

de gestión de nivel extremo y alto, registrados en el Mapa de Riesgos Versión 03 del 2024, de acuerdo a la información suministrada por las unidades, áreas y oficinas, en el mes de septiembre del 2024, para lo cual se presentaron observaciones para 8 controles, relacionadas con los soportes de la implementación y en algunos casos en el diseño..

Conclusión 2: En la muestra analizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció una posible materialización del riesgo denominado *“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 respuestas superficiales por parte de los servicios, errores en el direccionamiento interno y recepción de peticiones incompletas o con falta de soportes para tramitarlas”* correspondiente al proceso Comunicaciones y Atención al Usuario.

10. RECOMENDACIONES

Recomendación 1: Se recomienda al Área de Atención al Usuario, implementar controles efectivos que garanticen el seguimiento continuo de cada una de las PQRSDF, que ingresan al HOMIL; así mismo, frente a la calidad y oportunidad en la respuesta, conforme a los lineamientos establecidos en la Ley 1755 del 2015 Art 14.

Recomendación 2: Se recomienda al Área de Atención al Usuario, garantizar la calidad de la información registrada en la Ficha de seguimiento PQRSDF Cod. CA-AUIS-PR-03-FT-02, evidenciando la trazabilidad de las PQRSDF recibidas desde el inicio hasta el cierre, dando cumplimiento al control establecido en el Mapa de Riesgos Institucional Versión 03, el cual cita que: *“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”*.

Recomendación 3: Se sugiere a la Farmacia de Producción y Adecuación de Medicamentos, de contar con todos los soportes que den cuenta de la aplicación del Control 2, para el riesgo *“Posibilidad de afectación reputacional asociado a la seguridad de paciente, por liberación de un medicamento adecuado en la CAM que no corresponde con lo prescrito, producto de errores del personal en la interpretación de la prescripción médica, procesos de producción y liberación de medicamentos, sin cumplir requisitos de calidad”*, y que los mismos coincidan con el período en que se desarrolló la actividad.

Recomendación 4: Se recomienda al área de Urgencias, analizar la pertinencia de realizar ajuste al control 2, articulándolo con los lineamientos establecidos en el Protocolo Actuación Frente a la Fuga de Usuarios.

Recomendación 5: Se recomienda a la Unidad de Apoyo Logístico, analizar la pertinencia de verificar la formulación e implementación del Control 01, diseñado para el riesgo *“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.”*

Recomendación 6: Se recomienda al área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, la pertinencia de remitir los documentos relacionados con las inspecciones realizadas a los

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 30 de 30

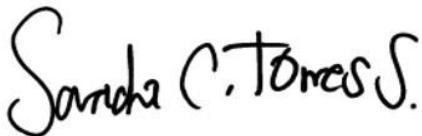
servicios asistenciales que generan residuos hospitalarios, conforme a la periodicidad establecida en la formulación del control.

Recomendación 7: Se recomienda ejecutar el control 2 del riesgos “*Posibilidad de afectación económica y reputacional por registro inoportuno en la Historia Clínica del estado de salud y la atención brindada, debido a la interrupción en la prestación de los servicios tecnológicos de la entidad.*”, conforme a los lineamientos establecidos en la formulación del mismo. Así mismo, se sugiere verificar el procedimiento de control de cambios GT-UNIN-PR-01, dado que, no fue posible evidenciar la aplicación del formato “*Formato Único de Solicitud de Requerimientos para el Sistema de Información o formato de solicitud de cambio*” (Cód.: IM-UNIN-FT-02), correspondiente al proceso Tecnologías de la Información y en el caso que se requiera actualizar este procedimiento conforme a la normatividad vigente.

Recomendación 8: Se sugiere a la Unidad de Informática, analizar la pertinencia de realizar ajuste en la formulación del control 2 y 4, correspondiente al riesgo “*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.*” con el fin de unificar dichos controles.

Recomendación 9: Se sugiere que las Unidades y Áreas evaluadas dentro de este informe contar con la documentación y soportes que, den cuenta de la aplicación de los controles, orientados a su efectividad y así mitigar la materialización de los riesgos evaluados.

Revisó:



SANDRA CAROLINA TORRES SAEZ
Jefe de Oficina Sector Defensa
Oficina de Control Interno

Elaboraron:



DIANA PATRICIA BUSTOS VALLEJO
Auditor Administrador de Empresas OPS



ANGELA IBETH DÍAZ REY
Auditor Ingeniera de Sistemas OPS