

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 1 de 49

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión Corte Diciembre del 2024. Fecha:16/04/2025
Dependencia (s)	Procesos: Atención Ambulatoria Atención Hospitalaria Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico Gestión del Conocimiento Comunicaciones y Atención al Usuario Planeación Evaluación, mejoramiento y seguimiento Gerencia y Buen Gobierno Gestión de Adquisiciones Gestión Documental Gestión Humana Gestión Jurídica Gestión Logística Gestión Financiera Tecnologías de la Información
Auditor:	Diana Marcela Yepes Patalagua, Liliana María Duarte Suárez, Ángela Ibeth Díaz Rey y Sandra Milena Oliveros Santisteban.

2. INTRODUCCIÓN

En el marco 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, 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 y esquema de líneas de defensa definidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, versión 05 del 2023, 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.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 2 de 49

3. OBJETIVO

Realizar la verificación de los controles de riesgos de gestión del Hospital Militar Central, con corte a diciembre 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 doscientos catorce (214) controles asociados a ochenta y siete (87) riesgos de gestión, con zona de riesgo inherente bajo, moderado, alto y extremo, aplicados de la siguiente manera:

Tabla N°1 - Riesgos de Gestión

PROCESO	CONTROLES ASOCIADOS A LA ZONA DE RIESGO INHERENTE									
	Extremo		Alto		Moderado		Bajo		Total	
	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL
Atención Ambulatoria			5	7					5	7
Atención Hospitalaria			3	5	2	2			5	7
Comunicaciones y Atención al Usuario			1	1	2	2			3	3
Evaluación, mejoramiento y seguimiento					2	3	1	1	3	4
Gerencia y Buen Gobierno					2	4			2	4
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico			3	6	7	27			10	33
Gestión de Adquisiciones			2	10	4	11			6	21
Gestión del Conocimiento					4	7	1	2	5	9
Gestión Documental					4	7			4	7
Gestión Financiera	1	2	2	7	5	19			8	28
Gestión Humana			2	7	5	15	1	1	8	23
Gestión Jurídica					2	3			2	3
Gestión Logística	1	2	2	3	14	35			17	40
Planeación			2	6	3	6			5	12
Tecnologías de la Información	1	5	3	8					4	13
TOTALES	3	9	25	60	56	141	3	4	87	214

Fuente de Información - Mapa de Riesgos Institucional Versión 04 2024

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 3 de 49

5. IMPEDIMENTOS O MENOSCABOS

No se presentaron impedimentos o menoscabos.

6. CRITERIOS DEL SEGUIMIENTO

6.1 NORMATIVO

- 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 04.
- 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.
- Demás normativa vigente aplicable.

6.2 INTERNO

- 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 04.

7. METODOLOGÍA

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 21 de enero de 2025, se consultó en la página de transparencia, la última versión del Mapa de Riesgos Institucional, el cual corresponde a la versión 04. De igual manera, los controles asociados a los ochenta y siete (87) riesgos de gestión.
- Diseño de instrumento en formato Excel para la clasificación de los riesgos por proceso a verificar.
- El 24 de enero de 2025, la Oficina de Control Interno, solicitó por medio de correo electrónico a las áreas responsables, los respectivos soportes para evaluación de la efectividad de Controles de Riesgos de Gestión III Cuatrimestre 2024, conforme a la Tabla N° 1 Riesgos de Gestión.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 4 de 49

- El 5 de febrero de 2025 se reitera el envío de los soportes de los controles de los procesos: Gestión Jurídica, Gestión Logística, Proceso tecnologías de la Información.
- El 7 de febrero 2025 se recibe parcialmente la información del proceso Gestión Logística.
- El 14 de febrero 2025 se solicitó nuevamente la información de los controles a los procesos de Gestión Logística áreas Bioestadística e Historias Clínicas, Infraestructura y Seguridad y Tecnologías de la Información.
- El 17 de febrero 2025 se recibió la evidencia de la aplicación de los controles asociados a los riesgos de gestión del proceso de Tecnologías de la Información.
- El 26 de febrero 2025 se solicitan nuevamente los soportes de los Riesgos de Gestión III Cuatrimestre 2024 de las Áreas Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, Bioestadística e Historias Clínicas, Infraestructura y seguridad del Proceso de Gestión Logística.
- El 28 de febrero el Área Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental allegó los soportes solicitados para la evaluación de los riesgos de gestión.
- El 4 de marzo 2025 el área de Bioestadística e Historias Clínicas allegó los soportes solicitados.
- Elaboración del informe preliminar.
- Socialización del informe preliminar.
- Envío informe preliminar con ID 392880 del 14 de marzo de 2025.
- Respuestas Áreas informe preliminar:
 1. Subdirección de Docencia e investigación Científica ID 394782 del 25 de marzo de 2025.
 2. Oficina Asesora Jurídica ID 394884 del 25 de marzo de 2025.
 3. Atención al Usuario ID 394895 del 25 de marzo de 2025.
 4. Oficina Asesora de Planeación ID 395227 del 26 de marzo de 2025.
 5. Unidad de Informática ID396459 del 1 de abril de 2025.
- Elaboración y entrega del informe Final.
- Publicación informe final.

8. RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE CONTROLES.

De acuerdo con el alcance del presente informe, se verificaron doscientos catorce (214) controles establecidos para ochenta y siete (87) riesgos de gestión, correspondientes a los procesos de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional Versión 04, del 2024, así:

8.1 Verificación de los Controles Aplicados Efectivamente

En el marco del presente seguimiento, luego del análisis de la información, se estableció que los siguientes procesos tienen un nivel de cumplimiento efectivo en los controles con zona de riesgo inherente bajo, moderado, alto y extremo, tal y como se observa en la Tabla N°2:

Tabla N°2- Nivel de Cumplimiento de controles efectivos con zona de riesgo inherente

PROCESO	Extremo	Alto	Moderado	Baja	Total
Atención Ambulatoria		7			7
Atención Hospitalaria		2	1		3
Comunicaciones y Atención al Usuario		1	2		3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 5 de 49

PROCESO	Extremo	Alto	Moderado	Baja	Total
Evaluación, mejoramiento y seguimiento			3	1	4
Gerencia y Buen Gobierno			4		4
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico		6	26		32
Gestión de Adquisiciones		5	5		10
Gestión del Conocimiento			7	2	9
Gestión Documental			4		4
Gestión Financiera	2	7	19		28
Gestión Humana		7	10	1	18
Gestión Jurídica			3		3
Gestión Logística	1	1	19		21
Planeación		6	6		12
Tecnologías de la Información	5	8			13
TOTALES	8	50	109	4	171

Fuente de Información – Áreas de los procesos evaluados

Conforme a la Tabla N°2, de los doscientos catorce (214) controles establecidos para ochenta y siete (87) riesgos de gestión, correspondientes a los procesos de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional Versión 04, ciento setenta y uno (171) controles correspondientes al 79.91% del total de los controles, fueron aplicados conforme a lo solicitado en cada uno de ellos.

8.2 Verificación de los controles no aplicados efectivamente

Se estableció que los siguientes procesos tienen un nivel de cumplimiento no efectivo con zona de riesgo inherente moderado, alto y extremo, así:

Tabla N°3- Nivel de Cumplimiento no efectivo con zona de riesgo inherente

PROCESO	Extremo	Alto	Moderado	Total
Atención Hospitalaria		3	1	4
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico			1	1
Gestión de Adquisiciones		5	6	11
Gestión Documental			3	3
Gestión Humana			5	5
Gestión Logística	1	2	6	9
TOTALES	1	10	22	33

Fuente de Información – Áreas de los procesos evaluados

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 6 de 49

Durante la evaluación se observó que treinta y tres (33) controles asociados a seis (6) procesos correspondientes a 15.43% del total de los controles, no fueron ejecutados efectivamente por las áreas responsables, así:

8.2.1 Proceso Atención Ambulatoria– Zona de Riesgo Inherente Alto

El proceso de Atención Ambulatoria contempla un total de cinco (5) riesgos de gestión y siete (7) controles aplicables. Durante su ejecución, se identificaron dos (2) observaciones en un (1) riesgo, el cual está asociado a dos (2) controles, las cuales fueron subsanadas, al adoptar las recomendaciones generadas por la OCIN y descritos a continuación:

8.2.1.1 Responsable: Servicio de Urgencias

Riesgo AAM_02: *“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)”*

Análisis prueba de controles no efectivo

Control 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.”*

El diseño del control 1 hace referencia al formato código GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS, sin embargo, al verificar en el Sistema de Gestión Documental del HOMIL, este documento no corresponde a un formato si no a un Protocolo del Área de Seguridad, el cual indica en la descripción de la actividad N°1 *“Una vez ingresa el paciente se registra hora ingreso, nombres y apellidos completos, número de cédula, dirección y teléfono tanto del paciente como del acompañante (1 acompañante por paciente), en el libro de registro de seguridad”*.

Al verificar los soportes suministrados por el Servicio de Urgencias, se evidencia registro fotográfico del libro de registro de seguridad, tal como lo establece el Protocolo *Actuación frente a la fuga de usuarios GL-SEGU-PT-01 versión 1*, sin embargo, el diseño del control no ha sido actualizado, pese a que esta situación ya había sido identificada por la Oficina de Control Interno, en el informe de seguimiento a riesgos de gestión del 17 de octubre de 2024, con la recomendación: *“analizar la pertinencia de realizar ajuste al control, articulando con los lineamientos establecidos en el Protocolo Actuación Frente a la Fuga de Usuarios”*

NOTA 1: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la *“Observación 1: “El diseño del control 1 del Riesgo AAM_02, hace referencia al formato código GL-SEGU-PT-01 versión 1 - ACTUACIÓN FRENTE A LA FUGA DE USUARIOS, sin embargo, al verificar en el Sistema de Gestión Documental del HOMIL, este documento no corresponde a un formato si no a un Protocolo del Área de Seguridad. Esta situación se identificó previamente en el informe de seguimiento a riesgos de gestión del 17 de octubre de 2024, no obstante, a la fecha no se ha realizado el ajuste.”*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 7 de 49

Ahora bien, mediante el oficio ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el Servicio de Urgencias presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando que se tomaron acciones correctivas para subsanar la observación presentada. En ese sentido la “Recomendación 1: Proceso Gestión Atención Hospitalaria - Área Servicios de Urgencia”, presentada en el informe preliminar se retira del informe final.

Control 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 se 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.*

Al verificar los soportes suministrados por el Servicio de Urgencias, se evidencia lista de asistencia del 10/12/2024, cuyo tema hace referencia al Protocolo de actuación frente a la fuga de usuarios GL-SEGU-PT-01, sin embargo, no se evidencia soporte que indique la coordinación con el personal de seguridad, sobre el cubrimiento de guardas de seguridad, cámaras y puertas electrónicas en las diferentes salidas del servicio de urgencias.

De acuerdo con el monitoreo de riesgos de gestión realizado por la Oficina Asesora de Planeación, el riesgo se materializó durante la vigencia 2024, con los siguientes eventos:

Trimestre I-2024	Trimestre II-2024	Trimestre III-2024	Trimestre IV-2024
2 eventos de fuga	2 eventos de fuga	2 eventos de fuga	3 eventos de fuga

Fuente: Informes de Monitoreo de riesgos OAPL

NOTA 2: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación 2: Se presenta debilidad en la presentación de soportes del control 2 del Riesgo AAM_02, dado que no se evidencia registro que indique la coordinación con el personal de seguridad, sobre el cubrimiento de guardas de seguridad, cámaras y puertas electrónicas en las diferentes salidas del servicio de urgencias, situación que aumenta la probabilidad de eventos de materialización del riesgo.”

Ahora bien, mediante el oficio ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el Servicio de Urgencias presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando así la aplicación del control del riesgo. En este sentido la “Recomendación 2: Proceso Gestión Atención Hospitalaria - Área Servicios de Urgencia”, presentada en el informe preliminar se retira del informe final.

8.2.2 Proceso Atención Hospitalaria

El proceso de Atención Hospitalaria contempla un total de cinco (5) riesgos de gestión y siete (7) controles aplicables. Sin embargo, durante su ejecución, se identificaron observaciones en cuatro (4) riesgos, el cual está asociado a cinco (5) controles, lo que podría afectar la eficacia del proceso y el cumplimiento de los objetivos establecidos, descritos a continuación:

8.2.2.1 Responsable: Servicio de Hospitalización– Zona de Riesgo Inherente Moderado

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 8 de 49

Riesgo AHO_01: *“Posibilidad de afectación reputacional por cierre de áreas debido a brotes o enfermedades infecciosas que puedan limitar la prestación del servicio a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a fallas de adherencia a guías, protocolos, procedimientos y a la alta rotación del personal de salud en áreas de hospitalización”.*

Riesgo AHO_02: *“Posibilidad de afectación reputacional por lesión o daño en el paciente durante la prestación del servicio de salud, debido a errores en el manejo y adherencia a las guías, protocolos, procedimientos de hospitalización por el personal de salud en el sitio de trabajo”.*

Análisis prueba de controles no efectivos

Para los riesgos AHO_01 y AHO_02 se presenta el mismo control, tal como se presenta a continuación:

Control 1: *“El responsable de hospitalización junto al responsable del grupo de calidad y enfermería, realizan mensualmente la verificación del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos por medio de capacitaciones, inducciones y evaluaciones de adherencia.”*

Al verificar los soportes suministrados por el Servicio de Hospitalización, se evidencian los siguientes:

1. Acta de reunión y lista de asistencia: Socialización Procedimiento Atención Integral al Paciente (Servicio de Hospitalización) del 16 de octubre de 2024
2. Acta de reunión y lista de asistencia: Socialización Procedimiento Atención Domiciliaria (Servicio de Hospitalización) del 11 de octubre de 2024
3. Acta de reunión y lista de asistencia: Socialización Escala de riesgo (Servicio de Hospitalización) del 26 de noviembre de 2024
4. Acta de reunión y lista de asistencia: Socialización Protocolos con personal asistencial 5to sur (Servicio de Hospitalización) del 29 de noviembre de 2024.
5. Acta de reunión y lista de asistencia: Articulación del equipo del modelo de atención para habilitación (Triángulo del 5to sur) del 31 de octubre de 2024.
6. Acta de reunión y lista de asistencia: Inducción hospitalización-Adherencia lavado de manos (Servicio de Hospitalización) del 22 de noviembre de 2024.
7. Acta de reunión y lista de asistencia: Articulación ruta TBC (Servicio de Hospitalización) del 10 de septiembre de 2024.
8. Acta de reunión y lista de asistencia: Articulación médicos hospitalarios con el modelo de atención (Servicio de Hospitalización) del 24 de septiembre de 2024.
9. Resultados de la adherencia del Procedimiento Atención Integral del Paciente (mes de octubre 2024)
10. Resultados de la adherencia del Procedimiento Atención Domiciliaria para altas tempranas para paciente adulto con patología aguda y clínicamente estable (mes de octubre 2024)

NOTA 3: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación 3: Se presenta debilidad en la presentación de soportes del control 1 de los riesgos AHO_01 y AHO_02, dado que de acuerdo con las evidencias suministradas, solo se presenta el registro de dos evaluaciones de adherencia (Procedimiento Atención Integral al Paciente y Procedimiento Atención Domiciliaria), sin su respectivo análisis de respuestas correctas e incorrectas que

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 9 de 49

permita medir el grado de adherencia de la totalidad de guías, protocolos, procedimientos del Servicio de Hospitalización.”.

Ahora bien, mediante el oficio ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Subdirección Médica presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando así la aplicación del control del riesgo, teniendo en cuenta lo anterior la “Recomendación 3: Proceso Gestión Atención Ambulatoria - Área Servicio de Hospitalización”, presentada en el informe preliminar se retira del informe final.

8.2.2.2 Responsable: Servicio de Enfermería - Zona de Riesgo Inherente Alto

Riesgo AHO_04: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas, sanciones, PQRS, glosas y eventos adversos, debido a la falta de adherencia a las guías, procedimientos y protocolos del servicio de enfermería.”*

Análisis prueba de controles no efectivos

Control 1: *“El responsable del servicio de enfermería junto al equipo de educación y supervisión de enfermería de los diferentes turnos (Mañana, tarde, noche 1 y noche 2), deben garantizar lo establecido en el cronograma de capacitación anual de enfermería, con fin de dar cumplimiento al programa de inducción, reinducción y capacitación Cód. AM-ENFE-PP-01 de 2018, cuyo objetivo es fortalecer las destrezas, habilidades, valores, competencias y el desarrollo integral del personal profesional y técnico del Servicio de Enfermería, para responder de manera oportuna, segura y con calidad a las necesidades presentadas en el servicio”.*

Al verificar los soportes suministrados por el Servicio de Enfermería se evidencia documento Excel “base de datos listas de verificación 2024”, con el resultado de la evaluación de la adherencia de los programas de inducción, reinducción y capacitación. De igual manera se presenta registro del formato “herramienta de verificación de los servicios, código PL-CLDD-PP-03-FT-02 para el mes de septiembre y octubre de 2024.

Así mismo, se presenta acta de reunión del 16 de octubre 2024, con los resultados de la auditoría de registros clínicos, postulación y ejecución del plan de cuidados NANDA.

De acuerdo con los soportes suministrados por el Servicio, frente al diseño del control, no se presenta cronograma de capacitación anual de enfermería con el fin de verificar su cumplimiento.

Control 2: *“El responsable del servicio de enfermería junto al equipo de educación y supervisión de enfermería de los diferentes turnos (Mañana, tarde, noche 1 y noche 2), deben garantizar lo establecido en el cronograma de capacitación anual de enfermería, con fin de dar cumplimiento al programa de inducción, reinducción y capacitación Cód. AM-ENFE-PP-01 de 2018, cuyo objetivo es fortalecer las destrezas, habilidades, valores, competencias y el desarrollo integral del personal profesional y técnico del Servicio de Enfermería, para responder de manera oportuna, segura y con calidad a las necesidades presentadas en el servicio”.*

Al verificar los soportes suministrados por el Servicio de Enfermería, se evidencian los siguientes:

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 10 de 49

Septiembre de 2024: manejo CVP corto y prevención de flebitis y campaña cero pañales.

Octubre de 2024: manejo EKG 1, manejo EKG 2, manejo del apósito transparente, manejo de accesos vasculares, control de glucometrías, EKG3, Capacitación electrocardiógrafo.

Noviembre de 2024: Se presentan registros de evaluación, sin embargo, no se evidencian las preguntas realizadas ni la calificación de (Registros clínicos, prevención de caídas, escala de braden cepiel y control de líquidos).

Diciembre de 2024: Se presentan registros de evaluación, sin embargo, no se evidencian las preguntas realizadas ni la calificación de (Registros en físico, registro de medicamentos, identificación de PDT-SDS, Control de líquidos)

De acuerdo con los soportes presentados, no se evidencia la calificación de la medición de la adherencia con el fin de identificar oportunidades de mejora en el Servicio de Enfermería.

Observación 1: Se presenta debilidad en la presentación de soportes del control 1 y control 2 del riesgo AHO_04, dado que no se presenta cronograma anual de capacitaciones con el fin de verificar su cumplimiento, de igual manera en los siguientes registros de evaluación de adherencia: (Registros en físico, registro de medicamentos, identificación de PDT-SDS, Control de líquidos) no se evidencian las preguntas realizadas ni la calificación obtenida, Esta situación no permite identificar oportunidades de mejora en el Servicio de Enfermería.

NOTA 4: Ahora bien, mediante el oficio ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Subdirección Médica indica que acogerá la recomendación 4 del informe preliminar donde se priorizarán los temas de mayor relevancia en el marco del mapa de riesgos, con el objetivo de fortalecer el control y la adherencia a las guías, procedimientos y protocolos establecidos.

En ese sentido la Oficina de Control Interno mantiene la **Recomendación 1** del capítulo 9 Recomendaciones, presentada en el informe preliminar.

Riesgo AHO_05: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por atención inoportuna en la prestación del servicio de salud a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a la pérdida de medicamentos e insumos hospitalarios en custodia del servicio de enfermería.”.*

Análisis prueba de control no efectivo

Control 1: *“El responsable del servicio de enfermería con su equipo de trabajo, verifica trimestralmente mediante la socialización y medición de adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos CÓDIGO: PM-ENFE-PT-01, con el propósito de unificar los lineamientos generales para la administración de medicamentos en el paciente hospitalizado o atendido por urgencias como estrategia de seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud con el fin de disminuir el potencial de riesgo de incidentes o eventos adversos relacionados con la administración de los mismos.”*

Al verificar los soportes suministrados por el Servicio de Enfermería, se evidencian los siguientes:

- Acta de intervención caso lesión de piel por presunta quemadura (18/12/2024)
- Acta por pérdida de medicamentos controlados: Midazolam-TN1 (23/10/2024)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 11 de 49

- Acta Intervención PE Stephanny Rodríguez Hernández OPS Enfermera (25/11/2024)
- Acta Análisis reporte 16110 paciente Lorena Andrea Castro Castro (13/10/2024)

Observación 2: Se presenta debilidad en la presentación de soportes del control 1 del Riesgo AHO_05, debido a que los soportes presentados, frente al diseño del control, no evidencian registros de socialización y medición de adherencia del protocolo de administración segura de medicamentos CÓDIGO: PM-ENFE-PT-01 como medida preventiva para la materialización del riesgo.

NOTA 5: Mediante el oficio ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Subdirección Médica indica que acogerá la recomendación 5 del informe preliminar donde se reforzará el registro y seguimiento de la socialización y evaluación del protocolo de administración segura de medicamentos, asegurando que la información esté debidamente documentada y disponible para verificación por la oficina de control interno, garantizando que todas las acciones implementadas sean visibles y verificables

Conforme a lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la **Recomendación 2** en el Capítulo 9 del presente informe.

HALLAZGO 1: El Riesgo AHO_05 fue materializado, evidenciando debilidad en el cumplimiento de lo estipulado en el numeral 8, "Roles y Responsabilidades", de la Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central (PL-OAPL-PO-01_V5), emitida el 30 de noviembre de 2023. En dicho numeral se establece que la primera línea de defensa (Gerentes públicos – Subdirectores y Jefes de Oficina. Líderes de los procesos, programas y proyectos de la entidad. Jefes de Unidad) debe:

- Informar a la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos, programas, proyectos y planes de los procesos a cargo, de acuerdo con las periodicidades definidas por la entidad. (Monitoreo al mapa de riesgos).
- Frente a cada riesgo materializado, se deberán diligenciar las celdas correspondientes al "Plan de manejo y/o mitigación del riesgo en el formato Código: PL-OAPL-POFT-01 - seguimientos y monitoreo mapa de riesgos.

No obstante, se observó un evento de materialización del riesgo, evidenciado en el acta del 25 de noviembre del 2024, en la cual se informa sobre la pérdida del medicamento controlado Midazolam en el Servicio de Enfermería, sin embargo, este evento no fue reportado en el monitoreo de riesgos, incumpliendo con el procedimiento establecido para la gestión de riesgos.

Adicional a lo anterior, la Oficina de Control Interno emitirá alerta preventiva a la administración en cuanto a la implementación de nuevos controles y medidas para prevenir la pérdida de medicamentos controlados.

NOTA 6: Mediante el oficio ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Subdirección Médica indica que *"la presunta pérdida del medicamento Midazolam es un hecho que actualmente se encuentra en investigación por parte de la Oficina de Control Disciplinario y, hasta que la situación no sea plenamente esclarecida, no puede ser catalogada como un evento confirmado de materialización del riesgo"*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 12 de 49

De acuerdo con lo anterior, si bien se argumenta que el hecho está en investigación, la pérdida del medicamento Midazolam constituye una evidencia suficiente de materialización de un riesgo de gestión. Esta situación evidencia debilidades en la ejecución de los controles internos y debe ser reconocida como tal para fortalecer las medidas preventivas en el futuro.

En ese sentido la **Conclusión 1** presentada en el informe preliminar se mantiene en el capítulo 10 Conclusiones.

8.2.3 Proceso de Comunicaciones y Atención al Usuario- Zona de Riesgo Inherente Alto

El proceso de Comunicaciones y Atención al Usuario contempla un total de tres (3) riesgos de gestión y tres (3) controles aplicables. Durante su ejecución, se identificó una observación en un (1) riesgo, a cargo del Área de Atención al Usuario el cual está asociado a un (1) control, la cual fue subsanada, al adoptar la recomendación generada por la OCIN y descrita a continuación:

8.2.3.1 Responsable: Área de Atención al Usuario

Riesgo CAU_03: *“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.”*

Análisis prueba de controles no efectivo

Control 1: *“El responsable del área de Atención al Usuario, realiza apertura en el formato ficha de seguimiento PQRSDF Cód. 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”.*

De acuerdo con la información aportada por el Área de Atención al Usuario, Para el tercer cuatrimestre de 2024 se evidenciaron los siguientes casos:

Caso ID 347735 del 4 de septiembre de 2024: Se observó la apertura de la ficha de seguimiento PQRSDF Cód. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, detallando la trazabilidad desde el 4 al 25 de septiembre de 2024. Mediante oficio ID 353350 del 23 de septiembre de 2024 se envía segundo requerimiento al Servicio de Reumatología y se da respuesta al usuario el 25 de septiembre de 2024, mediante oficio ID 354161.

Caso ID 355975 del 4 de octubre de 2024: Se observó la apertura de la ficha de seguimiento PQRSDF Cód. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, detallando la trazabilidad desde el 4 al 10 de octubre de 2024. Mediante oficio ID 356870 del 8 de octubre de 2024 se envía segundo requerimiento al Servicio de Patología y se da respuesta al usuario el 10 de octubre de 2024, mediante oficio ID 357121.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 13 de 49

Caso ID 356033 del 7 de octubre de 2024: Se observó la apertura de la ficha de seguimiento PQRSDF Cód. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, detallando la trazabilidad desde el 7 al 28 de octubre de 2024. Mediante oficio ID 360850 del 24 de octubre de 2024 se envía segundo requerimiento al Servicio de Cirugía y se da respuesta al usuario el 28 de octubre de 2024, mediante oficio ID 361665.

Caso ID 356045 del 9 de octubre de 2024: Se observó la apertura de la ficha de seguimiento PQRSDF Cód. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, detallando la trazabilidad desde el 9 al 15 de octubre de 2024. Mediante oficio ID 358073 del 12 de octubre de 2024 se envía segundo requerimiento al Servicio de Reumatología y se da respuesta al usuario el 15 de octubre de 2024, mediante oficio ID 358453.

Caso ID 357504 del 10 de octubre de 2024: Se observó la apertura de la ficha de seguimiento PQRSDF Cód. CA-AUIS-PR-03-FT-02, fecha de emisión 02-10-2019, versión 02, detallando la trazabilidad desde el 10 de octubre de 2024 al 20 de noviembre de 2024.

Mediante oficio ID 362804 del 31 de octubre de 2024 se envía segundo requerimiento al Servicio de Ortopedia Traumatología y se da respuesta parcial al usuario el 31 de octubre de 2024, mediante oficio ID 362723 y una respuesta final el 19 de noviembre de 2024 mediante oficio ID 367143.

Al verificar los informes de monitoreo de riesgos generados por la Oficina Asesora de Planeación, el riesgo se materializó durante la vigencia 2024, con los siguientes eventos:

Trimestre I-2024	Trimestre II-2024	Trimestre III-2024	Trimestre IV-2024
2 eventos	0 eventos	69 eventos	344 eventos

Fuente: Informes de Monitoreo de riesgos OAPL

De acuerdo con el cuadro anterior, durante el IV Trimestre del 2024 se presentaron 344 PQRSDF atendidas fuera del tiempo límite según lo establecido, las cuales representan el 12.1% de 2.839 recibidas en la oficina de Atención al Usuario.

Las acciones desarrolladas por el Área para mitigar el riesgo fueron:

- Reunión con personal de la oficina encargada de gestión de respuestas y proyección de estas en el mes de diciembre del 2024, con el objetivo de generar estrategias para dar respuesta oportuna a las PQRSDF.
- Se ejecutaron acciones de seguimiento de acuerdo con lo estipulado en el plan de mejoramiento del área suscrito el día 07 de octubre del 2024, las cuales están relacionadas con Seguimiento al correcto registro en base, Seguimiento a Registro Fecha Cierre e Id y Seguimiento 2dos y 3ros requerimientos.
- Solicitud de personal adicional en el Plan Anual de Adquisiciones, con el respectivo requerimiento y justificación de contratación.

NOTA 7: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación 6: Se evidencia que el control 1 establecido para el Riesgo CAU_03, no ha sido efectivo, ya que en el

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 14 de 49

cuarto trimestre de 2024 se presentó un incremento del 12.1% en las PQRSDF atendidas fuera del tiempo límite según la normatividad vigente.”.

Ahora bien, dado que mediante los oficios con ID 394895 del 25 de marzo de 2025 y ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el Área de Atención al Usuario informa que, mediante correo electrónico institucional del 13 de enero de 2025, se gestionó con la Oficina Asesora de Planeación el ajuste del control 1 del riesgo CAU_03.

En ese sentido la “Recomendación 6: Proceso de Comunicaciones y Atención al Usuario”, presentada en el informe preliminar se retira en el informe final.

8.2.4 Proceso Gestión de Adquisiciones

El proceso de Gestión de Adquisiciones contempla un total de seis (6) riesgos de gestión: dos (2) con un nivel de riesgo inherente alto y cuatro (4) con un nivel de riesgo inherente moderado. Para mitigar estos riesgos, se han establecido veintiún (21) controles aplicables.

Sin embargo, durante la revisión del proceso, se identificaron observaciones en cinco (5) riesgos, los cuales están asociados a once (11) controles. Esto podría afectar la eficacia del proceso y el cumplimiento de los objetivos establecidos, como se detalla a continuación:

8.2.4.1 Responsable - Gestión Contratos

Riesgo GDA_01: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no prestación de la atención integral de los servicios de salud a los usuarios atendidos por el HOMIL, debido al Incumplimiento del manual de contratación, los procedimientos internos y demás normatividades aplicables al proceso de contratación e incumplimiento del objeto contractual y/o las especificaciones técnicas generados por el inadecuado ejercicio de supervisión contractual.”*

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 2: *El profesional designado del Área de Gestión Contratos - GECCO, cada vez que se realiza un proceso de contratación, se efectúa la verificación y evaluación de los requisitos habilitantes técnicos, económicos y jurídicos, con el fin de seleccionar el proveedor que cumpla con las características técnicas, económicas y jurídicas requeridas.*

Dentro de las evidencias aportadas, se ha entregado una muestra de un control por mes relacionado con la verificación y evaluación de los requisitos habilitantes técnicos, económicos y jurídicos. Sin embargo, no se especifica si dicha muestra representa la totalidad de los procesos verificados en cada mes o si corresponde únicamente a un caso seleccionado de forma aislada.

Esta falta de claridad en la representatividad de la muestra limita la posibilidad de determinar si el control se está aplicando de manera efectiva y sistemática. Además, la cantidad de evidencias presentadas resulta insuficiente para demostrar el cumplimiento adecuado del control y garantizar la mitigación del riesgo asociado

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 15 de 49

NOTA 8: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación 7: Frente al control 2 del Riesgo GDA_01, se evidencian deficiencias en la verificación de requisitos habilitantes teniendo en cuenta que la muestra de verificación de requisitos técnicos, económicos y jurídicos no garantiza la representatividad del total de procesos evaluados, limitando la capacidad de demostrar una aplicación sistemática del control.”.

Ahora bien, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando así la aplicación del control del riesgo. En ese sentido la “Recomendación 7: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área de Gestión de Contratos”, presentada en el informe preliminar se retira del informe final.

Control 3: “El profesional designado del Área de Gestión Contratos - GECCO, cada vez que se adelante el proceso publica el informe de evaluación del proceso, con el fin que se surta la etapa de observaciones para la posterior legalización y perfeccionamiento del contrato”

Dentro de la evidencia aportada, se incluye un archivo en formato Excel con enlaces a los procesos. Sin embargo, al acceder a dichos enlaces, no se logra verificar la publicación en la plataforma SECOP II de las respuestas a las observaciones presentadas, ya sea en los estudios previos o en los estudios definitivos. Por lo tanto, la evidencia presentada se considera incompleta.

NOTA 9: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación 8: Con relación al Control 3 del Riesgo GDA_01, se identificó la ausencia de evidencia que demuestre la publicación de las respuestas emitidas por la entidad frente a las observaciones presentadas por los proveedores.”

No obstante, el Área de Gestión de Contratos mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando así la aplicación del control del riesgo. En ese sentido, la “Recomendación 7: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área de Gestión de Contratos”, presentada en el informe preliminar, se retira del informe final.

Control 4: El profesional designado como supervisor del contrato, realiza el seguimiento mensual de la ejecución del contrato, con el fin de garantizar el cumplimiento del mismo y sus especificaciones técnicas.

Las evidencias enviadas por el área no cumplen con este control, ya que consisten únicamente en oficios de asignación de supervisiones y cambios de supervisor, pero no en documentos que evidencien un seguimiento efectivo de la ejecución contractual. Lo aportado corresponde a actividades realizadas por la Unidad de Compras en relación con la asignación de supervisores, pero no demuestra las actuaciones propias de la supervisión, tales como los informes mensuales de seguimiento del contrato.

Este seguimiento es fundamental para asegurar el cumplimiento del contrato y sus especificaciones técnicas.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 16 de 49

Adicionalmente, es importante señalar que esta oficina, durante la vigencia 2024, presentó informe de Auditoría al Modelo de Operación de la Gestión Contractual del Hospital Militar Central (ID 376140 del 16 de diciembre de 2024), en el cual se evidenciaron deficiencias en la trazabilidad de los seguimientos mensuales a los informes de supervisión por parte de los supervisores asignados.

NOTA 10: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación: En relación con el Control 4 del Riesgo GDA_01, donde se *identificaron debilidades en el seguimiento a la ejecución contractual, dado que las evidencias aportadas no correspondían a las actividades de supervisión requeridas, sino a acciones realizadas por la Unidad de Compras. Esto impedía verificar el cumplimiento del contrato y de sus especificaciones técnicas.*”

Ahora bien, el Área de Gestión de Contratos mediante ID 395227 del 26 de marzo de 2025, presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando así la aplicación del control del riesgo. En ese sentido, la Recomendación 7: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área de Gestión de Contratos presentada en el informe preliminar, se retira del informe final.

8.2.4.2. Responsable - Almacenes Bienes Activos

Riesgo GDA_02: “Posibilidad de afectación económica y reputacional, debido a observaciones, hallazgos, multas o sanciones de entes de control, por pérdida de los bienes activos y bienes de consumo”. El cual tiene 5 controles asociados con zona de riesgo alto, de los cuales se encontró:

Análisis prueba de control no efectivo:

Control 3: “El responsable de activos fijos proyecta y asigna de manera semestral los inventarios a los auxiliares del área de almacenes bienes activos - ALBA, quienes acompañan la verificación de activos de acuerdo con formato VERIFICACIÓN DE ACTIVOS CÓDIGO: GA-ALBA-PR-09-FT-03 presentado por el responsable del mismo y/o delegado, elabora acta de formalización y recoge la totalidad de firmas establecidas en el formato autorizado para tal fin”.

Dentro de las evidencias aportadas no se logró evidenciar que el responsable de activos fijos proyecta y asigna de manera semestral los inventarios a los auxiliares del área de almacenes y bienes activos.

Deficiencias en la programación y ejecución de inventarios semestrales: No se evidenció que el responsable de activos fijos proyecte y asigne los inventarios a los auxiliares del área, ni que se realice el proceso de verificación de activos (GA-ALBA-PR-09-FT-03) de manera estructurada y documentada. La ausencia de este procedimiento compromete la gestión adecuada de los activos, afectando el control y la rendición de cuentas sobre los bienes institucionales.

Observación 3: Se evidencian debilidades en el control 3 del Riesgo GDA_02, en cuanto al control de los bienes activos debido a la falta de trazabilidad en la asignación de los bienes a los responsables de inventarios y la ausencia de un proceso estructurado de verificación semestral.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 17 de 49

No se logró comprobar que los supervisores de contratos entreguen la totalidad de los soportes y cuadro de distribución al área de almacenes en el momento del ingreso, lo que impide garantizar la correcta asignación de los bienes. Asimismo, no se evidenció que el responsable de activos fijos proyecte y asigne los inventarios a los auxiliares del área ni que se ejecute el proceso de verificación de activos conforme al procedimiento establecido. Estas falencias pueden generar riesgos en la custodia de los bienes y afectar la rendición de cuentas, incrementando la exposición a sanciones o hallazgos por parte de los entes de control.

NOTA 11: Adicionalmente una vez socializado el informe preliminar el responsable del Área de Almacenes Bienes Activos, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, allegó soportes como un listado de asignación de inventarios y acta de asignación y distribución de inventario.

Sin embargo, no se confirma que dicho proceso se esté llevando a cabo conforme a lo establecido en el Control 3 *“El responsable de activos fijos proyecta y asigna de manera semestral los inventarios a los auxiliares del área de almacenes bienes activos - ALBA, quienes acompañan la verificación de activos de acuerdo a formato VERIFICACIÓN DE ACTIVOS CÓDIGO: GA-ALBA-PR-09-FT-03 presentado por el responsable del mismo y/o delegado, elabora acta de formalización y recoge la totalidad de firmas establecidas en el formato autorizado para tal fin”*. Además, una parte de la evidencia presentada genera confusión, ya que, aunque su título hace referencia al segundo semestre, el contenido del cuadro incluye meses correspondientes al primer semestre tal como se muestra en la imagen N°. 1.

Imagen N° 1 Asignación de Inventarios para toma Física

ASIGNACIÓN DE INVENTARIOS PARA LA TOMA FÍSICA- PLAN OPERATIVO - SEGUNDO SEMESTRE -2024							
N°	INVENTARIO	RESPONSABLE	ACTIVOS	MES	FALTANTE	SOBRANTE	%TOTAL
1	ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	LAURA XIMENA CAMARGO ESPINOSA	43	MAYO	0	28	40 078 160,00
2	UROLOGÍA	WILLIAM GUZMÁN MATA-MOROS	76	JUNIO	3	0	2 295 820 230,40
3	AYUDANTÍA	JOSHDAR PAZ HERNÁNDEZ	88	JUNIO	0	34	106 052 781,40
4	ÁREA DE ESTETICA	OMAR SANCHEZ DEL TRAIL	434	ABRIL	68	13	1 444 350 593,00
5	REGISTRO Y CORRESPONDENCIA	MANUEL BELTRÁN ANACONA	43	ENERO	0	3	49 834 288,40
6	CIRUGÍA AMBULATORIA	VIRHANIA GÓMEZ GÓMEZ	90	ENERO	0	10	125 169 601,00
7	BIENESTAR Y CAPACITACIÓN	SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO	108	ABRIL	0	9	87 279 554,00
8	UNIDAD DE TALENTO HUMANO	RODOLFO ALBERTO MONROY MORA	54	ABRIL	0	12	71 494 994,00
9	RADIOTERAPIA	ANDRÉS LÓPEZ PICO	12	FEBRERO	0	4	261 432 954,00
10	PSICOLOGÍA CLÍNICA Y NEUROPSICOLOGÍA	LUIS SALINAS LOAYZA	23	ABRIL	0	9	18 778 388,00
11	NEUROFISIATRÍA	GUERRERO RUIZ GRACIELA DEL PILAR	20	MAYO	0	3	24 826 185,20
12	TALLER DE PINTURA	FREDY TORALUCCI RABITOGUE	0	ABRIL	0	0	2 172 089,00
13	ÁREA DE COSTO	RODOLFO RAÚL BERNETZ CHAY	0	MAYO	0	0	8 764 011,00
14	GOBARCA DE SOLIDARIDAD	DANIEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ	27	FEBRERO	0	8	12 381 271,00
15	CLUB MEDICO HOTELERIA	OMAR SANCHEZ DEL TRAIL	101	ABRIL	0	0	91 121 308,00
16	UNIDAD DE APOYO LOGISTICO	EDGAR ORLANDO HERRERA ROSERO	42	FEBRERO	0	11	49 072 204,00

PD. MIRIAM MARCHA IBÁÑEZ
Coordinador Almacenes y Bienes Activos

PD. NANCY MILENA MARTÍNEZ MENDIETA
Auxiliar de Gestión

Fuente: Información suministrada por Almacenes Bienes Activos, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene la Recomendación 3, en el Capítulo 9.

Riesgo GDA_03: *“Posibilidad de afectación económica por limitación en el cumplimiento del objetivo de los procesos del HOMIL, debido daño de los bienes activos derivado del uso negligente de los mismos”.*

Análisis prueba de control no efectivo:

Control 3: *El profesional o técnico contable del área de almacenes bienes activos - ALBA, recibe los soportes del procedimiento para el reporte de daño de los bienes activos GA-ALBA-PR-08 Versión 4, en el que se incluye el análisis de las causas (Determinar la existencia del comportamiento negligente en el uso del bien) que originaron el daño del bien.*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 18 de 49

Dentro de las evidencias aportadas, se incluye un acta del segundo semestre con fecha del 11 de julio de 2024, correspondiente a la toma física de inventario del área de atención al usuario. En el cuerpo del acta se indica que no se reportaron daños en los bienes activos.

Sin embargo, el área de almacenes de bienes activos no informó ni reportó, si durante el período de seguimiento de septiembre a diciembre de 2024, se registraron daños ni si se cumplió con el procedimiento para el reporte de daños de los bienes activos (GA-ALBA-PR-08, Versión 4). Por lo tanto, no se puede evidenciar el cumplimiento del control.

Observación 4: La falta de información sobre el seguimiento y cumplimiento del procedimiento impide evidenciar la adecuada implementación del control 3 del Riesgo GDA_03, lo que podría afectar la identificación de posibles usos negligentes de los bienes activos y, en consecuencia, la mitigación del riesgo asociado.

NOTA 12: De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar por el responsable de Almacenes Bienes Activos, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, se allegaron nuevas evidencias, entre ellas:

	1-ACTA E INVENTARIO DE TESORERIA - OCTUBRE -2024.pdf	
	1.ACTA CONTROL DE ELEMENTOS DAÑADOS.pdf	
	2-ACTA E INVENTARIO GINECOPSTERICIA NOVIEMBRE-2024.pdf	
	2. ACTA VERIFICACIÓN y ACTUALIZACION DE CARGOS.docx.pdf	
	3-ACTUALIZACION DE CARGOS (PSIQUIATRIA-PSQU) DICIEMBRE -2024.pdf	
	4-ACTA-INVENTARIO UNIDAD FINANCIERA - SEPTIEMBRE -2024.pdf	
	ACTA DE REUNION SEPTIEMBRE 2024.pdf	
	ACTA REUNION OCTUBRE DE 2024.pdf	
	ACTAS DE REUNION NOVIEMBRE.pdf	
	ACTAS DE REUNION DICIEMBRE 2024.pdf	

- Tres inventarios realizados en el segundo semestre de 2024.
- Actas de reuniones del área.
- Oficio con ID 384714, fechado el 07-02-2025, con el asunto Informe de activos faltantes - Segunda toma física Vigencia 2024, en el cual se informa al Subdirector Administrativo sobre el resultado de la toma física, donde se reportan activos faltantes y presuntamente en estado de pérdida. Como resultado de la toma física de inventarios correspondiente al segundo semestre de 2024, se determinó un total de 78 activos no encontrados.

Según las evidencias aportadas, no se observa que se esté aplicando lo establecido en el procedimiento GA-ALBA-PR-08, Versión 4.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 19 de 49

En este sentido, la observación se mantiene, ya que la Oficina de Control Interno (OCIN) no evidencia el cumplimiento de lo establecido en el Control 3 del Riesgo GDA_03.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene la Recomendación 4, en el Capítulo 9

8.2.4.3 Responsable - Selección y Contratación

Riesgo GDA_06: “Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones, multas y demandas, debido al incumplimiento de los requisitos legales y/o propios del objeto del contrato en los procesos de selección y vinculación de la entidad. (Vinculación de persona natural)”. Tiene asociado dos controles con zona de riesgo inherente moderado:

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: “Los auxiliares del Área de Selección y Contratación de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, verifican cada vez que se requiera la idoneidad del aspirante dando cumplimiento a lo establecido en el proceso de contratación directa - prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, Cód. GA-GECO-MN-01-FT-15, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento selección de contratistas por prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, contratación por prestación de servicios con personas naturales Cod. GH-SECO-PR-01”.

Dentro de las evidencias aportadas se incluyen dos certificaciones en el formato Cód. GA-GECO-MN-01-FT-15, una firmada por el Servicio de Imágenes Diagnósticas y la otra firmada por la Subdirección Médica. Sin embargo, no se evidencia el cumplimiento del control establecido, ya que no se demuestra que el Área de Selección y Contratación de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos haya verificado, cada vez que se requiera, la idoneidad del aspirante conforme a lo establecido en el proceso de contratación directa para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

Control 2: “Los auxiliares del Área de Selección y Contratación de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, verifican cada vez que se requiera la idoneidad del aspirante dando cumplimiento a lo establecido en el formato LISTA DE CHEQUEO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – PERSONAL NUEVO-CARPETA, cód. GA-GECO-MN-01-FT-09, con el fin de garantizar el cumplimiento de documentos precontractuales y demás normatividad vigente”.

Dentro de las evidencias aportadas, se adjuntó el formato en blanco LISTA DE CHEQUEO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – PERSONAL NUEVO-CARPETA, cód. GA-GECO-MN-01-FT-09. Para verificar el cumplimiento del control, era necesario contar con evidencia concreta de que el formato fue aplicado en casos reales y no solo presentado como un documento de referencia. Esto incluye la revisión de registros para identificar personas vinculadas durante el período evaluado y comprobar si el formato fue efectivamente utilizado en dichos casos.

Observación 5: Se evidencian debilidades en los soportes de los controles 1 y 2 del Riesgo GDA_06, especialmente en lo relacionado con el proceso de verificación de la idoneidad de los

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 20 de 49

aspirantes en la vinculación de personas naturales, lo que puede generar riesgos de incumplimiento normativo y posibles sanciones, tal como se soporta a continuación:

- Falta de evidencia en la verificación de la idoneidad de los aspirantes: Aunque se presentan certificaciones firmadas por distintas áreas, no se logra demostrar que el Área de Selección y Contratación de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos haya realizado la verificación de la idoneidad de los aspirantes conforme al procedimiento de contratación directa (GA-GECO-MN-01-FT-15 y GH-SECO-PR-01). Esta omisión puede comprometer la transparencia y legalidad en los procesos de selección.
- Ausencia de aplicación efectiva del formato de lista de chequeo: Se adjuntó el formato "LISTA DE CHEQUEO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – PERSONAL NUEVO-CARPETA" (GA-GECO-MN-01-FT-09) en blanco, sin evidencia de su uso en casos reales. La falta de registros documentados que demuestren su aplicación efectiva impide verificar el cumplimiento de los requisitos precontractuales y normativos, lo que aumenta el riesgo de irregularidades en la contratación de personal.

NOTA 13: De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025 por el responsable de Selección y Contratación, y con base en las evidencias aportadas, no se logró evidenciar la aplicación de los formatos GA-GECO-MN-01-FT-15 y GA-GECO-MN-01-FT-09, según lo establecido en los controles 1 y 2 del Riesgo GDA_06.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene la Recomendación 5, en el Capítulo 9

8.2.4.4 Responsable - Subdirección Administrativa (Subdirector Administrativo)

Riesgo GDA_07: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional, por sanciones disciplinarias, administrativas, penales, incumplimiento normativo y detrimento patrimonial, debido a la inadecuada administración de recursos asignados a la Caja menor No. 1 - Subdirección Administrativa, destinados a atender los gastos, relacionados con el mantenimiento de las instalaciones y equipos de propiedad del Hospital Militar Central, la adquisición de materiales, suministros, mantenimiento, comunicaciones y transporte”,* tiene asociados 3 controles zona inherente moderado de los cuales se encontró:

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: *“El Subdirector Administrativo lidera y controla el arqueo de caja cada quince días (15) con el propósito de dar cumplimiento al procedimiento GF-PRES-PR-02 y así evitar sanciones disciplinarias, administrativas, penales, incumplimiento normativo y detrimento patrimonial. Acta de reunión / Formato de Conciliación”.*

Control 2: *“El Subdirector Administrativo revisa, verifica y firma cada vez que se requiera la documentación en cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución de creación de la caja menor No. 1 Subdirección Administrativa (Justificación de la urgencia, visto bueno de la*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 21 de 49

subdirección respectiva y documentos soporte), esto con el fin de gestionar los recursos que por su premura justificada no den lugar al trámite y celebración de contratos”.

Según las evidencias presentadas, se verificó la Resolución 054 del 19 de enero de 2024, mediante la cual se establece la creación de dos cajas menores. La Caja Menor No. 1, bajo la responsabilidad del Subdirector Administrativo, cuenta con un monto de \$68.900.000, destinado a cubrir gastos relacionados con el mantenimiento de las instalaciones y equipos del Hospital Militar Central, la adquisición de materiales y suministros, así como costos de mantenimiento, comunicaciones y transporte.

Asimismo, se presenta un acta fechada el 26 de septiembre de 2024, en la que se documenta una mesa de trabajo entre el personal de Compras y Planeación, con el objetivo de identificar y mitigar los riesgos relacionados con el proceso de Gestión de Adquisiciones.

Respecto al mes de noviembre, se aporta un acta del 29 de noviembre de 2024, en la que se menciona que no se tramitó ningún movimiento en la Caja Menor No. 1 durante ese período.

También se incluyen los siguientes oficios de solicitud:

- Oficio ID 359957, fechado el 21 de octubre de 2024, solicitando autorización para una cita de control en Endocrinología Oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Oficio ID 369211, fechado el 27 de noviembre de 2024, solicitando la compra, a través de la Caja Menor, de cinco juegos de Oxigenador Adulto 6FR y 8FR.
- Oficio ID 370783, fechado el 4 de diciembre de 2024, solicitando la compra de dos cilindros de helio por Caja Menor, con un valor de \$320.000 cada uno.

Cabe señalar que los oficios mencionados no corresponden a gestiones que deban ser tramitadas a través de la Caja Menor No. 1.

De acuerdo con lo anterior, la OCIN evidenció que no se está realizando una gestión conforme a lo establecido en la resolución de creación de la Caja Menor No. 1.

8.2.4.5 responsable - Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos

Riesgo GDA_08: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones disciplinarias, administrativas, penales, incumplimiento normativo y detrimento patrimonial, debido a la inadecuada administración de recursos asignados a la caja menor No. 2 - Insumos Hospitalarios a cargo del (Jefe de la Unidad De compras, licitaciones y Bienes Activos) destinados a atender los gastos hospitalarios y el suministro oportuno de medicamentos, elementos de laboratorio, quirúrgicos, de curación como también la adquisición de servicio de salud que se requiera en forma inmediata para los usuarios del Hospital Militar Central”.*

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: *“El Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos lidera y controla arqueo de caja cada quince días (15) con el propósito de dar cumplimiento al procedimiento GF-*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 22 de 49

PRES-PR-02 y así evitar sanciones disciplinarias, administrativas, penales, incumplimiento normativo y detrimento patrimonial. Acta de reunión / Formato de Conciliación”.

Control 2: “El Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos revisa, verifica y firma cada vez que se requiera la documentación en cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución de creación de la caja menor No. 2 Insumos Hospitalarios (Justificación de la urgencia, visto bueno de la subdirección respectiva y documentos soporte), esto con el fin de gestionar los recursos que por su premura justificada no den lugar al trámite y celebración de contratos. Oficio de solicitud”.

Según las evidencias presentadas, se verificó la Resolución 054 del 19 de enero de 2024, mediante la cual se establece la creación de dos cajas menores. En particular, la Caja Menor No. 2 tiene como finalidad atender gastos hospitalarios y garantizar el suministro oportuno de medicamentos, elementos de laboratorio, insumos quirúrgicos y de curación, así como la adquisición de servicios de salud requeridos de manera inmediata para los usuarios del Hospital Militar Central.

Además, se presenta un acta fechada el 26 de septiembre de 2024, en la que se documenta una mesa de trabajo entre el personal de Compras y Planeación, con el objetivo de identificar y gestionar los riesgos asociados al proceso de Gestión de Adquisiciones.

Evidencias documentales:

- Acta del 29 de noviembre de 2024: Se menciona la aprobación de una urgencia para ser tramitada en la Caja Menor No. 2. Sin embargo, no se especifica qué fue aprobado ni la cuantía correspondiente.
- Oficio ID 359957 (21 de octubre de 2024): Solicitud de autorización para una cita de control en Endocrinología Oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Oficio ID 369211 (27 de noviembre de 2024): Solicitud de compra, por Caja Menor, de cinco juegos de Oxigenador Adulto 6FR y 8FR.
- Acta del 23 de diciembre de 2024: Se menciona nuevamente la aprobación de una urgencia, pero no se detalla qué se aprueba ni el monto involucrado.
- Oficio ID 383098 (1 de noviembre de 2024): Solicitud de compra, por Caja Menor, de cinco juegos de Oxigenador Adulto 6FR y 8FR.
- Oficio ID 370692 (3 de diciembre de 2024): Solicitud de compra, por Caja Menor, de un sensor cambiador de membrana para monitoreo de CO₂.

Observación 6: En cuanto a la aplicación de los controles de los riesgos GDA_07 y GDA_08, al revisar las actas y documentos relacionados con los arqueos de la Caja Menores, se identifican algunas deficiencias que requieren atención, así:

- Falta de información detallada: No se presenta una descripción clara sobre los aspectos generales de la Caja Menor No. 2, incluyendo el valor manejado y la justificación de las transacciones realizadas.
- Deficiencias en la documentación de pagos: No se evidencia un proceso de autorización de pagos completamente documentado, lo que dificulta la verificación de la correcta aplicación de los procedimientos.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 23 de 49

- Falta de claridad en las actas: En las actas donde se aprueban urgencias, no se especifica con precisión qué fue aprobado ni la cuantía involucrada, lo que afecta la transparencia en la gestión de los fondos.
- Incumplimiento en los arqueos de caja: Aunque se establece una periodicidad de 15 días para la realización de los arqueos de caja menor, se ha evidenciado un incumplimiento en la ejecución de esta práctica.
- Deficiencia en la implementación de controles: Se cuenta con un acta de creación de riesgos desde el 26 de septiembre de 2024, lo que indica que los controles debieron implementarse a partir de octubre. No obstante, no hay evidencia de su aplicación efectiva.

NOTA 14: De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Subdirección Administrativa (Subdirector Administrativo) y el Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos no presentaron evidencias relacionadas con la caja menor 1.

Respecto a la caja menor 2, se presentaron tres actas con fechas del 2 de octubre, 2 de noviembre y 2 de diciembre de 2024; sin embargo, estas no cumplen con lo establecido en el Control 2 del Riesgo GDA_08.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene la Recomendación 6, en el Capítulo 9.

8.2.5 Proceso Gestión del Conocimiento-Zona de Riesgo Inherente Moderado

8.2.5.1 Responsable: Unidad de Formación y Docencia

Riesgo GCO_03: “Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento a la normatividad y sanciones del ente regulador llevando a la cancelación del escenario de práctica, debido a autorización de prácticas formativas sin convenio docencia servicio.”

Análisis prueba de controles no efectivo

Control 1: “La jefe de Unidad de Formación y Docencia define trimestralmente el seguimiento y evaluación a los convenios docencia servicio por medio de los comités Docencia servicio con las instituciones educativas, con el fin de administrar adecuadamente la ejecución de los convenios”.

De acuerdo con los soportes remitidos por la Unidad de Formación y Docencia se evidencian las siguientes actas de Comité de Docencia:

- Universidad Militar Nueva Granada: Acta de Comité del 8/11/2024.
- SENA: Acta de Comité del 18/11/2024.
- Universidad de la Sabana: Acta de Comité del 13/11/2024.
- Universidad del Rosario: Acta de Comité del 14/11/2024.
- Universidad del Quindío: Acta de Comité del 18/11/2024.
- Universidad del Norte de Barranquilla: Acta de Comité del 13/11/2024.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 24 de 49

- Universidad Nacional: Acta de Comité del 07/11/2024.
- Universidad Manuela Beltrán: Acta de Comité del 07/11/2024.
- Universidad Libre de Barranquilla: Acta de Comité del 13/11/2024.
- Universidad Juan Corpas: Acta de Comité del 05/11/2024.
- Universidad Javeriana: Acta de Comité del 30/08/2024.
- FUCS: Acta de Comité del 05/11/2024.
- ESAE: Acta de Comité del 13/11/2024.
- Universidad de Caldas: Acta de Comité del 15/11/2024.
- Universidad el Bosque: Acta de Comité del 22/11/2024.
- Fundación Universitaria del Área Andina: Acta de Comité del 06/11/2024.

Control 2: “La jefe de Unidad de Formación y Docencia realiza de manera semestral el control de los estudiantes por medio de la plataforma de relación docencia servicio, teniendo en cuenta los cupos aprobados a las instituciones educativas en convenio Docencia Servicio”.

De acuerdo con los soportes remitidos por la Unidad de Formación y Docencia, se evidencia pantallazo de la plataforma Saberes en la cual se observa seguimiento a número de estudiantes y número de rotaciones del segundo semestre de 2024.

Al verificar los informes de monitoreo de riesgos generados por la Oficina Asesora de Planeación, el riesgo se materializó durante la vigencia 2024, con el siguiente evento:

Trimestre I-2024	Trimestre II-2024	Trimestre III-2024	Trimestre IV-2024
0 eventos	0 eventos	0 eventos	1 evento

Fuente: Informes de Monitoreo de riesgos OAPL

De acuerdo al cuadro anterior, durante el IV Trimestre del 2024 se presentó 1 evento de materialización del riesgo: A partir del proceso de control de egreso de los estudiantes, paz y salvo, encuesta de satisfacción de egreso y de supervisión de alimentación, se evidencia que residentes de Unisanitas asisten al HOMIL al Servicio de Endocrinología Ginecológica y de segunda especialidad a Reproducción Humana, sin existir Contrato Docencia Servicio con Sanitas directamente, así mismo, se identificó que con la Universidad Militar Nueva Granada (UMNG), no se realizó el proceso establecido para ingreso a rotaciones referente a solicitud de cupos, observando que la UMNG no cuenta con registro calificado para la especialidad Reproducción Humana.

Las acciones desarrolladas por el Área para mitigar el riesgo fueron:

La jefatura de UNFD toma la decisión de retirar estos estudiantes y no recibir nuevas cohortes de estudiantes. Se realiza informe a la UMNG, quienes refieren que, por movilidad con Sanitas, sólo cuentan registro calificado para Endocrinología Ginecológica, ofrecen disculpas; se realiza reunión con Unisanitas y UMNG, solicitando que cumplan los lineamientos establecidos para asignación de cupos y realización de rotaciones en HOMIL. Sólo se recibirán para 2025 por movilidad con la UMNG Endocrinología Ginecológica. Se realiza reunión con el Grupo de Ginecología en dos oportunidades y con Integridad, ética y bioética.; solicitando apoyo y adherencia a los procesos institucionales y estableciendo compromiso de cumplimiento a los mismos.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 25 de 49

NOTA 15: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la “Observación 14: Se evidencia que los controles 1 y 2 establecidos para el Riesgo GCO_03, no fueron 100% efectivos, ya que en el cuarto trimestre de 2024 se presentó un evento de materialización lo que conllevó a la cancelación del escenario de práctica formativa.

Ahora bien, mediante los oficios con ID 394782 del 25 de marzo de 2025 y ID 395227 del 26 de marzo de 2025, la Subdirección de Docencia e Investigación Científica presentó evidencias adicionales a las inicialmente aportadas durante la ejecución del seguimiento, demostrando que se tomaron acciones correctivas para subsanar la observación presentada. En ese sentido la “Recomendación 12: Proceso Gestión del Conocimiento”, presentada en el informe preliminar se retira del informe final.

8.2.6 Proceso Gestión Documental

El proceso de Gestión Documental contempla un total de cuatro (4) riesgos de gestión y siete (7) controles aplicables con un nivel de riesgo inherente moderado. Sin embargo, durante su ejecución, se identificaron observaciones en dos (2) riesgos y tres (3) controles, lo que podría afectar la eficacia del proceso y el cumplimiento de los objetivos establecidos, los cuales se describen a continuación:

8.2.6.1 Responsable - Registro de Correspondencia y Archivo

Riesgo GDO_02: “Posibilidad de afectación reputacional por multas y sanciones por el ente regulador, debido a incumplimiento normativo, a causa de disgregación, deterioro y pérdida del patrimonio documental del archivo central de la entidad”.

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: “El jefe / responsable / designado del área de Registro de Correspondencia y Archivo, propenderá el cumplimiento normativo del Título 4 - administración de archivos, artículo 11 hasta 20 de la ley 594 del 2000.

Implementando el conjunto de acciones, procedimientos y lineamientos, de conformidad con lo señalado en la normatividad archivística vigente y demás normas concordantes para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso, conservación y preservación de la documentación del HOMIL”.

Las evidencias aportadas no corresponden al período evaluado. Además, no se especifican las acciones y lineamientos adoptados en cumplimiento de la normatividad archivística vigente y demás disposiciones relacionadas. En particular, no se detallan los procedimientos implementados para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso, conservación y preservación de la documentación del HOMIL, lo que impide verificar su adecuado cumplimiento y gestión.

Observación 7: Durante la revisión del control 1 del Riesgo GDO_02, se evidenció que las pruebas documentales presentadas no corresponden al período evaluado, lo que dificulta la verificación de su cumplimiento.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 26 de 49

Asimismo, no se especifican de manera detallada las acciones, procedimientos y lineamientos adoptados en cumplimiento de la normatividad archivística vigente y demás disposiciones relacionadas. En particular, no se describen los mecanismos implementados para la creación, uso, mantenimiento, retención, acceso, conservación y preservación de la documentación del HOMIL.

Control 2: *“El jefe / responsable / designado del área de Registro de Correspondencia y Archivo, garantiza trimestralmente el cumplimiento de la conservación documental por medio del SIC (Sistema Integrado de Conservación) y los programas que lo componen, con el propósito de generar los atributos tales como unidad, integridad, autenticidad, inalterabilidad, originalidad, fiabilidad, accesibilidad, de toda la documentación de la entidad desde el momento de la producción, durante su período de vigencia, hasta su disposición final, de acuerdo con la valoración documental, de conformidad con lo señalado en el Acuerdo AGN 06 de 2014”.*

El área de Registro y Correspondencia manifestó que se realiza un registro diario en un cuaderno de control de humedad de los deshumidificadores ubicados en los depósitos de archivo del Archivo Central, la Unidad de Formación de Docencia y la Oficina de Control Interno Disciplinario.

Sin embargo, no se aportó evidencia que demuestre el cumplimiento trimestral de la conservación documental a través del Sistema Integrado de Conservación (SIC), tal como lo establece el control a aplicar, en cumplimiento del Acuerdo AGN 06 de 2014. La actividad mencionada (registro diario de control de humedad) es un aporte al cumplimiento, pero no constituye evidencia suficiente de la aplicación integral de los controles exigidos por el Acuerdo AGN 06 de 2014. Se recomienda complementar el control trimestral que refleje el cumplimiento del SIC y demás medidas establecidas en la normativa.

Observación 8: Tras la revisión del control 2 del Riesgo GDO_02, se evidenció que no se aportó documentación que demuestre el cumplimiento trimestral de la conservación documental a través del Sistema Integrado de Conservación (SIC), conforme lo establece el Acuerdo AGN 06 de 2014.

Si bien el área de Registro y Correspondencia informó que se realiza un registro diario en un cuaderno de control de humedad de los deshumidificadores ubicados en los depósitos de archivo, esta actividad, aunque relevante, no constituye evidencia suficiente del cumplimiento integral del control. La gestión de la conservación documental debe incluir un seguimiento formal y sistemático que garantice los atributos de unidad, integridad, autenticidad, inalterabilidad, originalidad, fiabilidad y accesibilidad de la documentación, como lo exige la normativa vigente.

Riesgo GDO_03: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por demandas y tutelas por divulgación de información clasificada o reservada de los usuarios atendidos por el HOMIL, debido a falta en el compromiso de confidencialidad y reserva de la información por parte del personal que custodia la información del archivo central”.*

Control 1: *“El jefe / responsable / designado del área de Registro de Correspondencia y Archivo, velará por el cumplimiento de los lineamientos y políticas definidas dentro del procedimiento de préstamo y consulta Código: GL-RECO-PR-03, por medio del registro y control de los préstamos y consultas recibidas y atendidas en sus dos modalidades descritas dentro del procedimiento”.*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 27 de 49

No se adjuntan evidencias de cumplimiento del control durante el cuatrimestre evaluado. El área manifestó lo siguiente:

"El Archivo Central está ubicado en el Sótano Tres y cuenta con una sala específica para la consulta de los documentos en custodia. Los funcionarios de áreas externas al Archivo Central no tienen acceso a estos depósitos y son vigilados constantemente mientras realizan consultas autorizadas en la sala. Se sigue el protocolo de préstamo y se deja evidencia fotográfica por parte del grupo de Gestión Documental."

Sin embargo, de acuerdo con lo anterior, no se logró evidenciar el cumplimiento de dichas medidas.

Observación 9: Tras la revisión del Riesgo GDO_03, se identificó que no se presentaron evidencias que permitan verificar el cumplimiento del Control 1 durante el cuatrimestre evaluado.

Si bien el área de Registro de Correspondencia y Archivo manifestó que el Archivo Central cuenta con una sala específica para la consulta de documentos en custodia, con acceso restringido y vigilancia constante, no se aportaron registros documentales que confirmen la aplicación efectiva de estas medidas. Además, aunque se mencionó que se sigue el protocolo de préstamo y se deja evidencia fotográfica, esta información no fue sustentada con documentación que permita comprobar su cumplimiento.

NOTA 16: De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el responsable de Registro de Correspondencia y Archivo allegó evidencias, las cuales se relacionan a continuación.

Control 1 7 elementos

Nombre	Última modificación	Tamaño del archivo
 2024_09_26_Acta de Préstamo Deshumidificador _ Unidad de Formación de Doce...20 mar 2025	20 mar 2025	508 KB
 2024_09_26_Acta devolución Deshumidificador V190661 _ Unidad Científica.pdf	20 mar 2025	489 KB
 2024_11_20_Acta de verificación de Depósitos UTH-Administración de Personal.pdf	20 mar 2025	575 KB
 ACTA DE CAPACITACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.pdf	20 mar 2025	826 KB
 Asistencia capacitación, Docencia 19-12-2024.pdf	20 mar 2025	712 KB
 Buenas Prácticas (impresa).docx	20 mar 2025	884 KB
 FIRMAS IMPRENTA BUENAS PRACTICAS.pdf	20 mar 2025	250 KB

Sin embargo, no se especifican las acciones y lineamientos adoptados para el cumplimiento de la normatividad archivística vigente y demás disposiciones relacionadas. La información entregada por el área no es clara y no detalla cómo se está garantizando el cumplimiento normativo del Título 4 - Administración de Archivos, artículos 11 al 20 de la Ley 594 de 2000.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 28 de 49

Por lo anterior, frente a los controles 1 y 2 del Riesgo GDO_02 y control 1 del Riesgo GDO_03, la Oficina de Control Interno mantiene la Recomendación 7, en el Capítulo 9.

8.2.7 Proceso Gestión Humana

El proceso de Gestión Humana contempla un total de ocho (8) riesgos de gestión y veintitrés (23) controles aplicables. De estos riesgos, dos (2) presentan un nivel de riesgo inherente alto, cinco (5) un nivel de riesgo inherente moderado y uno (1) un nivel de riesgo bajo.

Durante la revisión del proceso, se identificaron observaciones en siete (7) riesgos y doce (12) controles, lo que podría afectar la eficacia del proceso y el cumplimiento de los objetivos establecidos, los cuales se detallan a continuación:

8.2.7.1 Responsable Administración de Personal - Régimen Interno

Riesgo GHU_01: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones, multas y demandas, debido al incumplimiento de los requisitos legales y/o propios del empleo en los procesos de vinculación de la entidad y/o Militares en comisión”.*

Análisis prueba de controles no efectivos:

NOTA 17: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó las observaciones 18, 19, 20 y 21:

“Control 1: *“El responsable del área de Administración de Personal de la Unidad de Talento Humano, verifican cada vez que se requiera la idoneidad del aspirante dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento integral del área de administración de personal para el ingreso - permanencia y retiro de servidores públicos, Cód. GH-ADPE-PR-01, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente”.*

De acuerdo con las evidencias aportadas, se presentó un listado descargado de la Plataforma SIGEP; sin embargo, este documento no permite comprobar que se realice una verificación efectiva de la idoneidad del aspirante.

Observación 18: Tras la revisión del Riesgo GHU_01, se identificó que no se presentan evidencias suficientes para comprobar la efectividad del Control 1 en la verificación de la idoneidad del aspirante.

Si bien el área de Administración de Personal de la Unidad de Talento Humano aportó un listado descargado de la Plataforma SIGEP, este documento por sí solo no permite evidenciar que se haya llevado a cabo un proceso de verificación integral de los requisitos legales y propios del empleo. Además, al analizar el procedimiento integral del área de administración de personal para el ingreso, permanencia y retiro de servidores públicos (Cód. GH-ADPE-PR-01), se observó que no especifica de manera clara y detallada el mecanismo mediante el cual se realiza la verificación de idoneidad del aspirante, lo que genera un vacío en el control de este proceso.”

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 29 de 49

Control 2: “El responsable del Área de Administración de Personal de la Unidad de Talento Humano verifican cada vez que se requiera en la plataforma SIGEP II el correcto diligenciamiento y cargue de soportes de la Hoja de Vida y actualización oportuna de la declaración de bienes y rentas de cada servidor público”.

Dentro de las evidencias aportadas, el formato "Seguimiento y Control de Bienes y Renta SIGEP II" indica que se realizó una revisión en el primer semestre de 2024. Sin embargo, aunque se registran anotaciones sobre novedades presentadas, no se puede determinar si estas fueron corregidas o aún persisten. Asimismo, no se encuentra evidencia de una nueva revisión en el período de seguimiento comprendido entre septiembre y diciembre de 2024.

“Observación 19: Tras la revisión del Control 2 del Riesgo GHU_01, se identificaron debilidades en el seguimiento y actualización periódica de la información en SIGEP II. La ausencia de registros que confirmen la corrección de las novedades detectadas en el primer semestre de 2024, así como la falta de una revisión documentada en el último trimestre del año, afectan la confiabilidad de la información registrada.

Adicionalmente, esta oficina elaboró el Informe de Seguimiento del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II - Segundo Semestre de 2024 (ID 391605, fecha: 10/03/2025), en el cual se reiteraron las deficiencias en la actualización periódica de la información en SIGEP II.

Esta situación incrementa el riesgo de incumplimiento normativo, genera vacíos en la trazabilidad de la declaración de bienes y rentas de los servidores públicos y puede derivar en inconsistencias que impacten los principios de transparencia y control administrativo.

Control 3: “El responsable del área de Régimen Interno, verifica cada vez que se requiera la orden de traslado del personal Militar en comisión, con el fin de garantizar el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento Cód. GH-REIN-PR-01-FT-01 - LISTA DE VERIFICACIÓN CARPETA DATOS PERSONALES”.

De acuerdo con la evidencia aportada en el cuadro de Excel, no se evidencia que se haya verificado la información establecida en el FORMATO Cód. GH-REIN-PR-01-FT-01 - "Lista de Verificación Carpeta Datos Personales", lo que implica:

La OCIN no evidenció constancia documental de que se haya revisado la información exigida en la lista de verificación, cumplimiento de los requisitos exigidos para la correcta gestión de la documentación del personal y que el control definido en el formato GH-REIN-PR-01-FT-01 haya sido aplicado correctamente.

Observación 20: Tras la revisión del Control 3 del Riesgo GHU_01, se identificó que la evidencia presentada en el cuadro de Excel no permite verificar el cumplimiento del procedimiento establecido en el FORMATO Cód. GH-REIN-PR-01-FT-01 - "Lista de Verificación Carpeta Datos Personales".

En particular, no se evidenció documentación que respalde la revisión de la información exigida en la lista de verificación, ni constancia de que se haya asegurado el cumplimiento de los

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 30 de 49

requisitos establecidos para la correcta gestión de la documentación del personal militar en comisión.

Control 4: “El responsable del área de régimen Interno, gestiona la custodia de las carpetas de datos personales de militares en comisión y actualiza la información cada vez que se requiera, garantizando el cumplimiento del procedimiento Cód.: GH-REIN-PR-01”.

Según la evidencia aportada, el Oficio ID 384639 del 7 de febrero de 2025, titulado "Verificación Custodia Carpetas Datos Personales Militares en Comisión", indica que se ha verificado la organización de la documentación en las carpetas según la especialidad y función de cada militar asignado.

Sin embargo, no se evidencia que esta verificación haya sido parte del seguimiento establecido:

- Falta de evidencia de seguimiento y control efectivo
- El oficio solo menciona la revisión de la organización de documentos, pero no demuestra que se haya realizado un seguimiento formal dentro del período establecido.
- No se especifica si se han identificado novedades, hallazgos o medidas correctivas.

Observación 21: La Oficina de Control Interno no evidenció que esta verificación esté alineada con la mitigación del riesgo identificado (posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones, multas y demandas debido al incumplimiento de requisitos legales en la vinculación de personal).

No se demuestra si el control realizado contribuye a garantizar el cumplimiento normativo en la vinculación y permanencia de los militares en comisión.”

De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el responsable de Administración de Personal - Régimen Interno allegó documentos en los que se verifica el cumplimiento del Riesgo GHU_01 y sus Controles 1, 2, 3 y 4.

Tras el análisis de los documentos aportados, se retira la Recomendación 14 en el Capítulo 9, presentada en el informe preliminar.

Riesgo GHU_02: Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones, multas y demandas, debido al traslado de personal sin verificar idoneidad y/o condiciones de salud para desempeñar el empleo.

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: “Los auxiliares del Área de Administración de Personal de la Unidad de Talento Humano, verifican cada vez que se requiera los criterios establecidos en el instructivo Movimiento interno del personal de la planta global en sus diferentes unidades, áreas y/o servicios, cód., GH-SUAD-CP-03, con el fin de llevar una adecuada administración del recurso humano y salvaguardar los derechos de los servidores públicos”.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 31 de 49

Se presentaron como evidencia oficios de movimientos internos, mediante los cuales se notifica al personal sobre los cambios en la organización. Sin embargo, no se evidencia que en estos movimientos se haya verificado el cumplimiento de los criterios establecidos en el instructivo: “Movimiento Interno del Personal de la Planta Global en sus Diferentes Unidades, Áreas y/o Servicios” (Cód. GH-SUAD-CP-03).

Observación 10: En cuanto al control 1 del Riesgo GHU_02, si bien se presentaron oficios notificando los movimientos internos, no se evidenció la aplicación de los criterios establecidos en el instructivo Cód. GH-SUAD-CP-03, ni la validación de competencias, experiencia o formación del personal reubicado. Además, no se encontraron registros que certifiquen la revisión o aprobación formal de estos traslados, lo que puede derivar en asignaciones inadecuadas y afectar el cumplimiento normativo y operativo. Por tanto, se identificaron debilidades en los soportes así:

- Falta de trazabilidad en la aplicación de los criterios establecidos en el instructivo.
- Los oficios notifican el movimiento del personal, pero no contienen evidencia que demuestre la verificación de requisitos, criterios de idoneidad o necesidades organizacionales.
- No se evidencia si se evaluó la competencia, experiencia o formación del personal reubicado en relación con el cargo asignado.
- Ausencia de un proceso de control o validación.
- No se identifican actas, listas de verificación u otros documentos que certifiquen que los movimientos internos cumplen con el instructivo Cód. GH-SUAD-CP-03.
- No se evidencia si hubo alguna revisión o aprobación formal antes de ejecutar el movimiento del personal.”

NOTA 18: De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el responsable del proceso de Gestión Humana adjuntó el Formato de Análisis de Cumplimiento de Perfil para Planta del Hospital Militar Central sin diligenciar y el procedimiento de movimientos internos.

No obstante, no se evidencia su aplicación, por lo que no se puede confirmar el cumplimiento del Control 1 del Riesgo GHU_02. Por esta razón, se mantiene la Recomendación 8 del Capítulo 9.

8.2.7.2 Responsable Nomina y Prestaciones Sociales

Riesgo GHU_05: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones disciplinarias, fiscales y reclamaciones de los usuarios, debido a falta de control en las novedades de personal, fallas en el sistema de Información y falta de verificación de supervivencia del personal pensionado”.*

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: *“El auxiliar para Apoyo de Seguridad y Defensa - Técnico de Servicios verifica cada vez que se requiera que el ingreso de la novedad corresponda al usuario indicado y que cumpla las características propias de la novedad de conformidad con lo establecido en la normatividad legal vigente, con el fin de que los emolumentos salariales y prestacionales sean liquidados en*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 32 de 49

debida forma, posteriormente el Profesional de Defensa revisa y verifica las novedades que fueron ajustadas”.

Aunque se aportaron seis correos electrónicos relacionados con los registros de defunción de pensionados para retiro en la plataforma Dinámica, no se evidencia de manera clara el cumplimiento del control establecido.

Las evidencias presentadas no demuestran que el Auxiliar para Apoyo de Seguridad y Defensa - Técnico de Servicios haya verificado que las novedades correspondan al usuario indicado y que cumplan con las características establecidas por la normatividad legal vigente. Tampoco se evidencia que el Profesional de Defensa haya realizado una revisión y validación formal de las novedades ajustadas.

La evidencia aportada no demuestra el cumplimiento del control, ya que no se verifica si la novedad corresponde al usuario indicado ni si cumple con la normativa vigente. Esto genera riesgo de errores en la liquidación de pagos. Se recomienda implementar un registro formal que evidencie la validación y aprobación del proceso para garantizar su correcta ejecución.

Control 2: *“El auxiliar para Apoyo de Seguridad y Defensa - Técnico de Servicios verifica cada vez que sea requerido el certificado de supervivencia y el archivo de la consulta masiva del estado de cédula del personal pensionado (Aplicativo del Ministerio de Salud - Pisis), con el propósito de efectuar el pago de la mesada pensional a quien tiene el derecho”.*

Dentro de las evidencias presentadas, se encuentra el archivo en Excel “CÁLCULO ACTUARIAL PARA PENSIONES DE JUBILACIÓN NORMA LOCAL”, en el cual se relaciona un listado de pensionados.

Sin embargo, no se evidencia que se haya verificado:

- El certificado de supervivencia de los pensionados.
- El archivo de la consulta masiva del estado de cédula del personal pensionado a través del aplicativo del Ministerio de Salud - PISIS.
- Esta omisión incrementa el riesgo de pago indebido de mesadas pensionales a personas que no cumplen con los requisitos vigentes, lo que puede generar afectaciones económicas y posibles sanciones para la entidad.

NOTA 19: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó “Observación 23: En cuanto a la aplicación de los controles 1 y 2 del Riesgo GHU_05, no se evidenció la validación formal de las novedades registradas ni la verificación de supervivencia mediante el aplicativo PISIS, lo que incrementa el riesgo de pagos indebidos.”

De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025 y los documentos complementarios aportados por el responsable de Nómina y Prestaciones Sociales evidenció la aplicación de los Controles 1 y 2 del Riesgo GHU_05.

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno, retira la Recomendación 16, del Capítulo 9 presentada en el informe preliminar.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 33 de 49

8.2.7.3 Responsable Área de Seguridad y Salud en el Trabajo

Riesgo GHU_07: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional, por interrupción permanente y/o parcial de la prestación de servicios de la entidad, debido a falta de conocimiento del Plan de Gestión del Riesgo Institucional y el cómo actuar en caso de una emergencia. (Desastres Naturales, antrópicos y sanitarios)”.*

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: *“El responsable del área de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantiza el cumplimiento del cronograma de capacitaciones aprobado anualmente por la Dirección de la entidad, con el fin de verificar el nivel de conocimiento frente al Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo”.*

Se revisó el cumplimiento del control sobre el cronograma de capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo. Si bien se aportó un cronograma, no se evidenció su aprobación por parte de la Dirección ni su ejecución.

Control 4: *“El responsable del área de Seguridad y Salud en el trabajo, identifica anualmente los riesgos y controles generados del análisis de vulnerabilidad que se encuentran en las diferentes áreas y servicios de la entidad, con el fin de reducir el impacto frente a la ocurrencia de una posible emergencia”.*

Dentro de las evidencias aportadas está el procedimiento de ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDADES y RIESGOS con fecha de enero del 2024 sin embargo se recomienda revisar el documento dado que hace alusión a otra institución, además no se evidencia que se hayan identificado riesgos y generados controles en las diferentes áreas de la entidad.

Riesgo GHU_08: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por existencia de ambientes de trabajo inseguros reportados, debido a la falta de intervención a los controles de los riesgos ocupacionales establecidos en los ambientes de trabajo y falta de verificación de la implementación, generando la posible ocurrencia de accidentes de trabajo”.*

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 1: *“El responsable del área de Seguridad y Salud en el Trabajo establece anualmente un Plan de acción generado a partir de la matriz de identificación del peligro y valoración del riesgo, con el fin de controlar los riesgos identificados”.*

Dentro de las evidencias presentadas, se encuentra el Plan de Acción correspondiente a la vigencia 2024. Sin embargo, no se aportaron evidencias de su cumplimiento durante el período evaluado de septiembre a diciembre, donde se pueda verificar la ejecución de actividades destinadas al control de los riesgos identificados.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 34 de 49

Control 3: “El responsable del área de Seguridad y Salud en el Trabajo recepciona, tramita y hace seguimiento mensual a los reportes de condiciones inseguras, con el objetivo de mitigar el riesgo identificado”.

Dentro de las evidencias presentadas, se encuentra el Informe de “Reportes de Condiciones y/o Actos Inseguros e Incidentes – 2024”. Sin embargo, no se evidencia un seguimiento mensual detallado de los reportes de condiciones inseguras, lo cual es fundamental para garantizar una adecuada gestión del riesgo.

Observación 11: Se identificaron deficiencias en los soportes de la aplicación de los controles 1 y 4 del Riesgo GHU_07, y de los controles 1 y 3 del Riesgo GHU_08, generando debilidades en la gestión del riesgo institucional por parte del área de seguridad y salud en el trabajo, lo que podría afectar la continuidad de los servicios y la seguridad laboral. No se evidenció la aprobación ni ejecución del cronograma de capacitaciones, ni la identificación y control de riesgos en todas las áreas. Además, no fue posible establecer el cumplimiento del Plan de Acción ni el seguimiento mensual a condiciones inseguras.

NOTA 20: De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 395227 del 26 de marzo de 2025, el responsable del Área de Seguridad y Salud en el Trabajo adjuntó información que no corresponde al período de seguimiento de septiembre a diciembre 2024.



Por lo anterior, la Oficina de Control Interno, mantiene la Recomendación 9, en el Capítulo 9.

8.2.8 Proceso Gestión Jurídica

El proceso de Gestión Jurídica contempla un total de 2 riesgos de gestión y 3 controles aplicables. Sin embargo, durante su ejecución, se identificaron observaciones en un (1) riesgo y un (1) control, lo que podría afectar la eficacia del proceso y el cumplimiento de los objetivos establecidos que se describen a continuación:

8.2.8.1 Responsable Oficina Asesora Jurídica

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 35 de 49

Riesgo GJU_01: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallos judiciales en contra del HOMIL, debido a la contestación extemporánea en las demandas interpuestas en contra de la entidad”.*

Análisis prueba de control no efectivo:

Control 1: *“Con el fin de evitar una materialización del riesgo relacionado con la contestación extemporánea de las demandas, el Funcionario de la oficina asesora jurídica revisa diariamente el correo electrónico y diligencia en la matriz de control de la gestión judicial, la fecha de notificación de las demandas y registra el término máximo de contestación de la demanda establecido por la OFAJ a los apoderados”.*

NOTA 21: En el informe preliminar la Oficina de Control Interno, presentó la *“Observación25: El control establece que el funcionario de la Oficina Asesora Jurídica debe revisar diariamente el correo electrónico y registrar en la matriz de control de gestión judicial la fecha de notificación de las demandas y su término máximo de contestación. Sin embargo, la evidencia presentada es insuficiente, ya que solo se ha aportado un correo para todo el cuatrimestre (sep. a dic), a pesar de que el control es diario.”*

De acuerdo con el análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 394884 del 25-03-2025, se evidencia el cumplimiento del control, motivo por el cual la OCIN, retiró la recomendación 18 presentadas en el informe preliminar.

8.2.9 Proceso Gestión Financiera

8.2.9.1 Responsable: Contabilidad - Zona de riesgo inherente Moderado

Se verificó la efectividad de dos (02) riesgo de gestión, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente moderado con ocho (8) controles asociados, donde se evidencio que para el:

Riesgo GFI_02: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción y no fenecimiento de la cuenta fiscal, debido a inoportunidad o no registro de las transacciones económicas e incumplimiento a normatividad contable vigente.”*

Análisis prueba de control no efectivo

Control 4: *“El profesional de Defensa del Área de Contabilidad, genera cada vez que se requiera alertas por medio de correos electrónicos u oficios, con el fin de que las operaciones se realicen oportunamente.”.*

Se evidenció que para dar cumplimiento a este control se realizó presentación sobre las partidas conciliatoria para el Comité de Sostenibilidad Contable el 18 de octubre 2024, donde se presentaron 33 registros de partida Conciliatoria, sin embargo, es de resaltar que en la presentación se refieren a que *“En el mes de noviembre la UCHF realizó 49 legalizaciones de la conciliación por valor de \$99.015.378,19”*, donde se observa una incongruencia entre la fecha y la NOTA de la página 3 de la presentación, tal como se evidencia en la imagen N° 2.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 37 de 49

Control 2: “El jefe del área de equipo biomédico establece cronograma anual de capacitaciones, con el fin de mitigar el desconocimiento y mal uso de la tecnología, el área de equipo biomédico publicará trimestralmente capacitaciones para el personal clínico y asistencial, que permita dar la herramientas y conocimientos necesarios para el óptimo funcionamiento de la tecnología.”

Se evidenció el cronograma anual de los equipos biomédicos, FORMATO: CRONOGRAMA CAPACITACIONES (ENTRENAMIENTOS) ESPECIFICÓ ÁREAS Y/O, CÓDIGO: GH-CABI-PR-01-FT-10, FECHA DE EMISIÓN: 20-03-2020, VERSIÓN: 01 el cual no tiene las respectivas firmas, así mismo no se evidencia la publicación trimestral de las capacitaciones para el personal clínico y asistencial.

Observación 12: En la revisión del control 2 del Riesgo GLO_01, se evidenció el cronograma anual de los equipos biomédicos registrado en el FORMATO: CRONOGRAMA CAPACITACIONES (ENTRENAMIENTOS) ESPECIFICÓ ÁREAS Y/O, CÓDIGO: GH-CABI-PR-01-FT-10, FECHA DE EMISIÓN: 20-03-2020, VERSIÓN: 01. Sin embargo, dicho documento no cuenta con las firmas correspondientes, lo que afecta su validez formal. Además, no se encontró evidencia de la publicación trimestral de las capacitaciones dirigidas al personal clínico y asistencial, lo que puede afectar el acceso a la información y la planificación de entrenamientos.

Por lo anterior la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 10, en el Capítulo 9.

NOTA 23: En la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 394884 del 25-03-2025, el Área Equipo Biomédico acepta la observación e implementarán las acciones recomendadas en el informe.

8.2.10.2 Responsable Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental – zona de riesgo inherente moderado y extremo

Riesgo GLO _04: “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.”, con impacto económico y reputacional y zona de riesgo inherente extremo y dos (02) controles de los cuales se verificó:

Análisis prueba de controles no efectivo:

Control 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.”

De diecisiete (17) actas reportadas por el área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, trece (13) se relacionan con el control establecido en el mapa de riesgos institucional versión 04, sin que se observe la participación de personal administrativo. Así mismo, las ocho (08) actas restantes, no dan cuenta de la aplicación del control. Adicionalmente, dicho control está implementado para ser ejecutado por el jefe de la Unidad de Apoyo Logístico o delegado de la gestión ambiental, no por la Unidad de Formación y Docencia.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 38 de 49

Observación 13: Se identificó una posible debilidad en cuanto a la formulación y aplicación del control 01 del Riesgo GLO _04.

NOTA 24: En la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 394884 del 25 de marzo de 2025, el Área Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental nuevamente reporta las 17 actas que no dan cuenta de la efectividad del control.

Debido a lo anterior la Oficina de Control Interno reitera la Recomendación 11, en el Capítulo 9.

8.2.10.2 Responsable: Equipo Industrial– zona de riesgo inherente Alto y Moderado.

Riesgo GLO _06: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional, por la no prestación en la atención integral de los servicios de salud a los usuarios atendidos por el HOMIL y daños en equipos médicos y de cómputo, debido a fallas en el suministro de la red eléctrica de la entidad.”*

Análisis prueba de controles no efectivos:

Control 2: *“El supervisor del contrato, coordina según cronograma estipulado contractualmente con el proveedor, el oportuno mantenimiento preventivo y correctivo de las UPS y demás requerimientos solicitados por el HOMIL, con el fin de garantizar el continuo suministro eléctrico a las áreas críticas de la entidad. (Reporte técnico por parte del proveedor)”*

Para este control la documentación proporcionada por el área fue el Cronograma de Mantenimiento Preventivo UPS #1 - 2025. Sin embargo, no se cuenta con soportes que acrediten la realización del mantenimiento preventivo y/o correctivo de las UPS durante el año 2024.

Riesgo GLO _07: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por deterioro en la calidad de los medicamentos que requieran de una temperatura determinada, afectando la cadena de frío, debido al daño de los equipos industriales necesarios para este fin. (Neveras, Unidad Manejadora de Aire - UMAS, ventiladores, aire acondicionado y chiller).”*

Análisis prueba de controles no efectivo:

Control 1: *“El supervisor del contrato, gestiona cada vez que se requiera el mantenimiento preventivo de los equipos industriales (Neveras, Unidad Manejadora de Aire - UMAS, ventiladores, aire acondicionado y chiller), con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de los mismos. (Reporte técnico de mantenimiento preventivo).”*

Se evidenció que el área remitió el cronograma de mantenimientos preventivos para el año 2025, sin embargo, no se adjuntó evidencia que demuestre la ejecución de los mantenimientos efectuados a los equipos industriales para el año 2024.

Control 2: *“El supervisor del contrato, gestiona cada vez que se requiera el mantenimiento correctivo de los equipos industriales (Neveras, Unidad Manejadora de Aire - UMAS, ventiladores, aire acondicionado y chiller), con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de los mismos. (Reporte técnico de mantenimiento correctivo).”*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 39 de 49

La OCIN no puede dar cuenta del cumplimiento del control, debido a que no fue enviada documentación que evidencie los mantenimientos correctivos a estos equipos.

Observación 14: Frente al control 2 del Riesgo GLO _06, y los controles 1 y 2 del Riesgo GLO _07, se evidenció que el área remitió el cronograma de mantenimientos preventivos para el año 2025. Sin embargo, no se adjuntó evidencia que demuestre la ejecución de los mantenimientos efectuados a los equipos industriales para el III Cuatrimestre del 2024. Asimismo, no se presentó documentación que respalde la gestión de los mantenimientos correctivos, lo que impide verificar la correcta aplicación de los controles establecidos.

NOTA 25: En la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 394884 del 25-03-2025, el Área Equipo Industrial acepta la observación e implementarán las acciones recomendadas en el informe.

De acuerdo con lo anterior la Oficina de Control Interno, mantiene la recomendación 12 en el Capítulo 9.

8.2.10.3 Responsable: Hotelería– zona de riesgo inherente Moderado.

Riesgo GLO _09: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por demandas, multas y no prestación en la atención integral de los servicios de salud a los usuarios atendidos por el HOMIL y médicos residentes, debido al suministro inoportuno de alimentación de acuerdo con los requerimientos nutricionales.”*

Control 1: *“El supervisor del contrato de alimentos e interventores del área de alimentos, verifican diariamente el cumplimiento de las dietas establecidas por nutrición clínica, con el fin de garantizar que los alimentos lleguen a los pacientes y médicos residentes en óptimas condiciones de acuerdo con lo prescrito por nutrición clínica.”*

La OCIN evidenció reuniones el 27 de noviembre y 30 de Septiembre de 2024, las cuales se encuentran en los Formato de Asistencia (Código: PL-CLDD-PR-01-FT-13, Fecha de Emisión: 26-06-2024, Versión: 05) y en el Formato de Acta de Reunión (Código: PL-CLDD-PR-01-FT-14), donde se documenta la reunión del personal a cargo para tratar temas relacionados con el seguimiento contrato 383-2022 sobre nutrición.

Sin embargo, en relación con la actividad descrita, donde el supervisor del contrato de alimentos verifica diariamente el cumplimiento de las dietas establecidas por nutrición clínica, con el propósito de garantizar la adecuada distribución de los alimentos a pacientes y médicos residentes, no se cuenta con evidencia documental que respalde que se hace una verificación diaria del cumplimiento de dietas establecidas por nutrición clínica, por lo anterior la OCIN no puede verificar el cumplimiento de este control.

Control 2: *“La jefe del servicio de nutrición e interventores de alimentos, supervisan diariamente en pisos y comedores el cumplimiento de las dietas establecidas por nutrición clínica, con el fin de garantizar los tiempos oportunos de entrega y dieta correspondiente a los pacientes y médicos residentes.”* El área no envió documentación que dé cuenta de la efectividad de este control.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 40 de 49

Riesgo GLO_11: “Posibilidad de afectación reputacional por quejas, reclamos y complicaciones en la salud del paciente y usuarios, debido al incumplimiento al procedimiento de limpieza y desinfección en la entidad.”

Control 1: “El profesional del área de hotelería, verificará quincenalmente mediante planilla de control, que el coordinador de aseo cumpla con las obligaciones contractuales relacionadas con la limpieza y desinfección de las diferentes áreas asistenciales y administrativas de la entidad.”

Se evidenciaron tres cronogramas en los formatos titulados "GENERAL DE LAVADOS HOSPITAL MILITAR CENTRAL SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2024" del proveedor ELITE. Sin embargo, la documentación no especifica claramente las fechas en las que se realizaron los lavados ni los meses correspondientes, además de que carece de firmas y no contiene observaciones que permitan verificar su cumplimiento.

Control 2: “El grupo supervisor del contrato de limpieza y desinfección de las áreas asistenciales y administrativas de la entidad, realizará el seguimiento mensual a la ejecución del contrato, por medio de reuniones, donde se retroalimentan todas las novedades presentadas en el periodo.”

No se evidenció documentación que respalde la realización de reuniones de retroalimentación sobre las novedades presentadas en la ejecución del contrato de limpieza y desinfección de las áreas asistenciales y administrativas de la entidad.

Observación 15: Se identificó la ausencia de evidencia documental que respalde la ejecución efectiva de los controles establecidos para la gestión de los controles 1 y del Riesgos GLO_09 y de los controles 1 y 2 del Riesgo GLO_11. En el caso del suministro de alimentación, no se cuenta con registros que demuestren la verificación diaria del cumplimiento de las dietas establecidas por nutrición clínica, lo que impide validar su correcta implementación. Asimismo, en relación con el procedimiento de limpieza y desinfección, la documentación aportada no especifica fechas exactas de ejecución ni contiene firmas o validaciones que permitan verificar su cumplimiento. Además, no se evidenció la realización de reuniones de retroalimentación sobre la supervisión del contrato de limpieza y desinfección.

NOTA 26: En la respuesta presentada al informe preliminar, mediante el ID 394884 del 25-03-2025, el Área de Hotelería acepta la observación e implementarán las acciones recomendadas en el informe.

Por lo anterior la Oficina de Control Interno, mantiene la recomendación 13 en el Capítulo 9.

8.2.11 Proceso de Tecnologías de la Información

Para este proceso se analizaron trece (13) controles asociados a cuatro (4) riesgos con impacto de probabilidad inherente extremo y alto, encontrándose que:

8.2.11.1 Responsable: Infraestructura y comunicaciones, Gestión de Movilidad y Aplicaciones y Mesa de Servicio de Tecnologías de la Información. - Probabilidad inherente Alto

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 41 de 49

Riesgo TIN_01 *“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 (4) controles asociados de los cuales el control 2 fue no efectivo:

Análisis prueba de control no efectivo:

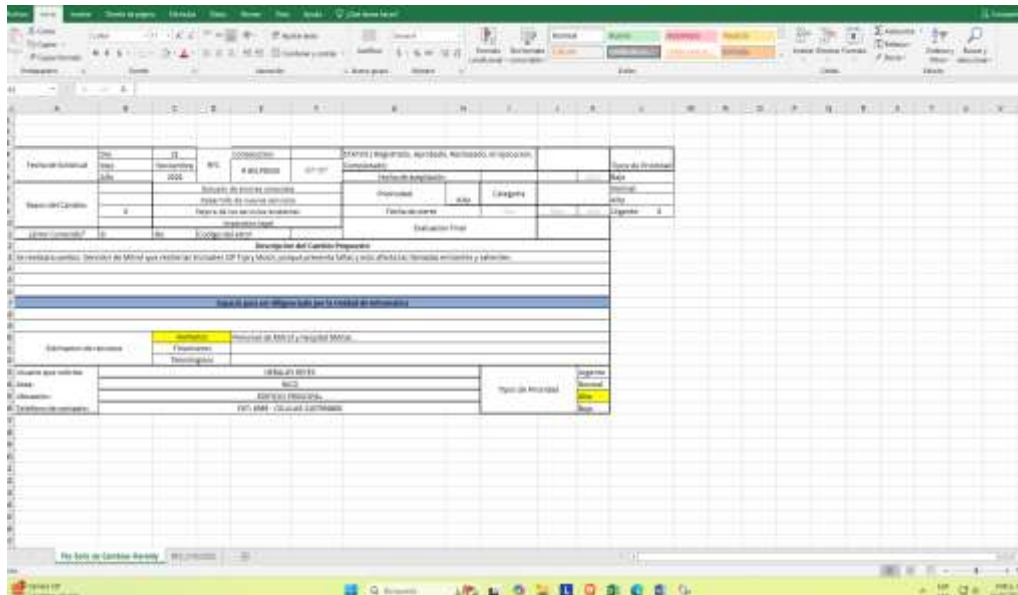
Control 2: *“El líder del área de gestión de requerimientos e incidentes - GERE coordina y lidera el comité de cambios conforme el procedimiento (GT-UNIN-PR-01) cada vez que se requiere un cambio de configuración en la infraestructura de redes y comunicaciones; se proyecta el minutograma y las actividades 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.”*

En la información proporcionada por el área se identificaron un cambio solicitado por la Unidad de Informática durante el cuatrimestre de septiembre a diciembre 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 N°3.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCIN en seguimiento realizado en el mes de septiembre 2024, hizo la recomendación 7 *“Se recomienda seguir el procedimiento GR-UNIN-PR-01 del control 2 correspondiente al 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.”, del proceso Tecnologías de la Información, y actualizar este procedimiento con el nuevo “Formato Único de Solicitud de Requerimientos para el Sistema de Información o formato de solicitud de cambio”, la cual se reitera nuevamente en este informe.*

Imagen N°3 RFC _ Actualización Firmware AP WiFi.xlsx

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 42 de 49



Fuente: Unidad de Informática

NOTA 27: La Oficina de Control Interno en el informe preliminar hizo la “Observación 31: Se evidenció una debilidad en el seguimiento del control 2 del riesgo TIN_01, ya que el procedimiento GR-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 efectivo, esta observación quedó evidencia en el informe de seguimiento de riesgos de gestión cuatrimestre II, presentado por la OCIN”

Una vez analizada la información enviada por la Unidad de Informática con ID No. 396459 del 1 de abril de 2025, se procede a retirar del Informe Final la Observación 31 y la recomendación 24 presentadas en el informe preliminar

Sin embargo, es relevante señalar que el control 2 del riesgo TIN_01 presentaba una debilidad hasta el 24 de noviembre de 2025, fecha en la que se realizó un cambio en el “Servidor de Mitrol que gestiona las troncales SIP Fijas y Móviles, debido a fallas que afectaban las llamadas entrantes y salientes”, dicho cambio fue documentado en un formato Excel, el cual omitió, en ese momento, el formato Cód.: IM-UNIN-FT-02 del procedimiento GR-UNIN-PR-01, versión 01, vigente al momento de este cambio, teniendo en cuenta que el 25 de noviembre de 2024 entró en vigor la versión 02 de dicho procedimiento, en el cual se retiró el formato mencionado.

8.3 CONTROLES SIN EVIDENCIAS

La OCIN identificó que las áreas responsables de documentar los controles de los riesgos de gestión no enviaron la documentación completa o, en algunos casos, no remitieron ninguna.

Como consecuencia, no fue posible evaluar el 4.67 % del total de los controles. Esta falta de soporte documental afecta la verificación del cumplimiento, como se observa en la Tabla N°4.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 43 de 49

Tabla N°4- Controles sin documentación con zona de riesgo inherente

PROCESO	Extremo	Alto	Moderado	Baja	Total
Gestión Logística			10		10
TOTALES	-		10	-	10

Fuente de Información – Áreas de los procesos evaluados

Las áreas que no presentaron información que diera cuenta de su efectividad de los 10 controles que no fueron evaluados se muestran en la Tabla N°5.

Tabla N°5 Áreas que no enviaron información.

PROCESO	Área	Total
Gestión Logística	Infraestructura	6
Gestión Logística	Seguridad	4
TOTALES		10

Fuente de Información – Áreas de los procesos evaluados

Observación 16: Se identificó un posible incumplimiento en la efectividad de los controles debido a la falta de evidencias documentales que respalden su ejecución. La ausencia de estos soportes impide verificar el cumplimiento y correcto funcionamiento de los controles establecidos.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 14, en el Capítulo 9.

8.4. FORMATO DESACTUALIZADO

Responsable: Cartera - Zona de riesgo inherente Moderado

Riesgo GFI_07: *“Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en el recaudo de las cuentas por cobrar por prestación de servicios de salud, con los diferentes pagadores del sistema general de seguridad social en salud, debido al agotamiento en el cobro persuasivo.”*

Control 3: *“El técnico, auxiliar de apoyo de seguridad y defensa y auditor financiero del área de cartera con el responsable del módulo de cartera del área de contabilidad, realiza trimestralmente el cruce y verificación de los saldos contables, con el fin de que la información financiera sea coincidente”*

Se evidencia la aplicación del control dentro de los términos señalados en el mismo por parte del área de Cartera, sustentado con el acta trimestral correspondiente al periodo analizado del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2024; donde se puede visualizar detalladamente la validación de saldos, reporte generado desde el Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria, aplicación deterioro, detalle de cuentas por cobrar de difícil recaudo, pérdida por bajas, estado de cuentas según el convenio interadministrativo suscrito con la DIGSA; además de los cruces entre saldos de contabilidad y cartera correspondiente a las cuentas por cobrar; así como las diferencias reportadas por cada uno de los módulos.

Sin embargo, se detectó la utilización del siguiente formato el cual se encuentra desactualizado de acuerdo a lo contemplado en el procedimiento Interno “Control de Información Documentada”

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 44 de 49

PL-CLDD-PR-01 Versión 7, en el numeral 4 – Disposiciones Generales-, subnumeral 4.4.1- Otras situaciones, donde se describe que la vigencia de los documentos está dada por cinco (05) años a partir de su fecha de emisión, concluyendo que a la fecha el formato se encuentra desactualizado.

Imagen N° 4

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: ACTA TRIMESTRAL	CÓDIGO: GF-CONT-PR-01-FT-02
	UNIDAD: FINANCIERA (CONTABILIDAD)	FECHA DE EMISIÓN: 28-06-2019
	PROCESO: GESTION FINANCIERA	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 de 8

Fuente: Formato Acta Trimestral GF-CONT-PR-01-FT-02

Observación 17: Si bien se evidencia la aplicación del control dentro de los términos establecidos, sustentado en el acta trimestral correspondiente al periodo del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2024, se identificó que el formato utilizado para el cruce y verificación de los saldos contables se encuentra desactualizado. Esto no cumple con lo establecido en el procedimiento interno “**Control de Información Documentada**” **PL-CLDD-PR-01 Versión 7**, específicamente en el numeral 4.4.1, donde se indica que la vigencia de los documentos es de cinco años a partir de su emisión. Esta situación podría afectar la trazabilidad y cumplimiento de los lineamientos internos.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Recomendación 15 en el Capítulo 9.

8.5 HALLAZGO 2:

Se identificaron debilidades en el cumplimiento de lo estipulado en el numeral 13, "*Proceso de actualización y monitoreo*", de la *Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central* (PL-OAPL-PO-01_V5), emitida el 30 de noviembre de 2023. En dicho numeral se establece que es necesario realizar un monitoreo periódico de los riesgos, una actividad que debe ser gestionada por los líderes de los procesos en colaboración con sus equipos, con el fin de asegurar la eficiencia en la administración de los riesgos del Hospital Militar Central.

Asimismo, la política señala que cada líder de proceso es responsable de garantizar la custodia y disponibilidad permanente de las evidencias relacionadas con la ejecución de los controles definidos en cada proceso. No obstante, se observó que este procedimiento no se está implementando de manera adecuada, lo que podría comprometer la efectividad del monitoreo y la trazabilidad de las acciones de control ejecutadas.

Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta la Conclusión 2, en el Capítulo 10

NOTA 28: Revisadas las respuestas remitidas por las áreas al informe preliminar, no se presentó información adicional que permita desvirtuar este hallazgo. En consecuencia, la Oficina de Control Interno (OCIN), la mantiene el hallazgo y la conclusión.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 45 de 49

9. RECOMENDACIONES

Recomendación 1: Proceso Gestión Atención Ambulatoria - Área Enfermería.

Frente a los controles 1 y 2 del riesgo AHO_04, se recomienda al Servicio de Enfermería, realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma anual de capacitaciones y realizar evaluación de la adherencia con el fin de identificar oportunidades de mejora en el Servicio.

Recomendación 2: Proceso Gestión Atención Ambulatoria - Área Enfermería.

Frente al control 1 del riesgo AHO_05, Se recomienda al Servicio de Enfermería, fortalecer la socialización y evaluación de adherencia del protocolo de administración segura de medicamentos CÓDIGO: PM-ENFE-PT-01 como medida preventiva para la materialización del riesgo.

Recomendación 3: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área Almacenes Bienes Activos.

La OCIN recomienda fortalecer el control 3 del riesgo GDA 02 mediante la implementación de mecanismos que garanticen la trazabilidad y asignación efectiva de los bienes a los responsables de inventarios. Para ello, se sugiere:

- Garantizar que el responsable de activos fijos proyecte y asigne de manera semestral los inventarios a los auxiliares del área, asegurando la verificación estructurada de activos conforme al formato GA-ALBA-PR-09-FT-03. Se recomienda establecer mecanismos de seguimiento y evidencia documental para este proceso.

Recomendación 4: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área Almacenes Bienes Activos.

La OCIN recomienda fortalecer el control 3 del riesgo GDA 03, el área de almacenes de bienes activos - ALBA implemente un mecanismo de seguimiento periódico que garantice el cumplimiento del procedimiento GA-ALBA-PR-08 (Versión 4). Este seguimiento debe evidenciar la verificación y registro de posibles daños a los bienes activos, así como la identificación de causas y la determinación de posibles usos negligentes.

Asimismo, se sugiere establecer un reporte formal y periódico (por ejemplo, trimestral) que documente la existencia o ausencia de daños en los bienes activos, asegurando su trazabilidad y facilitando la evidencia del cumplimiento del control. Esto permitirá fortalecer la mitigación del riesgo identificado y garantizar la eficacia del proceso de gestión de bienes activos.

Recomendación 5: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área Selección y Contratación, Subdirección Administrativa, y Jefe de la Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos.

Frente a los controles 1 y 2 del Riesgo GDA_06, se recomienda fortalecer la trazabilidad en la verificación de la idoneidad de los aspirantes mediante registros documentados y firmados por el Área de Selección y Contratación. Además, es necesario asegurar la aplicación efectiva del

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 46 de 49

formato de lista de chequeo en cada proceso, haciendo obligatorio su diligenciamiento y archivo, garantizando así la transparencia, el cumplimiento normativo y la mitigación de riesgos en la contratación de personal.

Recomendación 6: Proceso Gestión de Adquisiciones - Área Selección y Contratación, Subdirección Administrativa, y Jefe de la Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos.

En cuanto a los riesgos GDA_07 y GDA_08, se recomienda reforzar los controles en la administración de la Caja Menor No. 1 y Caja Menor No. 2, asegurando la documentación clara y detallada de cada transacción, con especial énfasis en la justificación y cumplimiento de requisitos normativos. Es fundamental que los arqueos de caja se realicen conforme a la periodicidad establecida y que se documenten correctamente, incluyendo los montos y conceptos aprobados. Asimismo, se sugiere mejorar la trazabilidad y clasificación de los gastos, evitando solicitudes que no correspondan a la finalidad de cada una de las cajas menores.

Recomendación 7: Proceso Gestión Documental - Área Registro de Correspondencia y Archivo.

En lo que respecta a los riesgos GDO_02 y GDO_03, la OCIN recomienda al proceso de gestión documental:

- Fortalecer la evidencia documental: Asegurar que se registren y presenten las acciones y lineamientos implementados para la administración del archivo, en cumplimiento de la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo AGN 06 de 2014.
- Implementar controles efectivos en el SIC: Realizar reportes trimestrales verificables sobre la conservación documental, complementando los registros de control de humedad con evidencia formal del cumplimiento del Sistema Integrado de Conservación.
- Garantizar la seguridad y confidencialidad de la información: Documentar y evidenciar el cumplimiento del procedimiento de préstamo y consulta de documentos (GL-RECO-PR-03), para verificar la correcta aplicación de las medidas de control de acceso y confidencialidad.

Recomendación 8: Gestión Humana - Administración de Personal.

Para el caso del Riesgo GHU_02, Control 1, se recomienda fortalecer el proceso de movimientos internos de personal mediante la implementación de mecanismos de verificación y control que garanticen el cumplimiento de los criterios establecidos en el instructivo Cód. GH-SUAD-CP-03. Para ello, se sugiere:

- Registro Documental: Asegurar que cada movimiento interno cuente con documentación que certifique la evaluación de idoneidad, competencias, experiencia y formación del personal reubicado, en relación con el cargo asignado.
- Listas de Verificación: Implementar un formato de validación o lista de chequeo que permita registrar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el instructivo antes de formalizar los traslados.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 47 de 49

- Aprobación Formal: Definir un proceso de revisión y aprobación que incluya la firma de los responsables, garantizando la validación de cada traslado conforme a las necesidades organizacionales y normativas.

Recomendación 9: Proceso Gestión Humana - Área de Seguridad y salud en el Trabajo.

Se recomienda presentar documentación adicional que soporten la aplicación de los controles 1 y 4 del Riesgo GHU_07, y de los controles 1 y 3 del Riesgo GHU_08, como actas de aprobación, registros de asistencia o informes de ejecución, para validar el cumplimiento del control lo que permitirá fortalecer los controles mediante registros documentales y evidencia de implementación, garantizando la trazabilidad de las acciones orientadas a la gestión del riesgo y la seguridad en el trabajo. Esto permitirá mitigar los riesgos identificados, mejorar la prevención de incidentes y asegurar el cumplimiento de las medidas establecidas.

Recomendación 10: Proceso Gestión Logística – Área Equipo Biomédico

Frente al Riesgo GLO_01 y su Control 2, se recomienda garantizar la formalización del cronograma mediante la inclusión de las firmas correspondientes, asegurando su validez y trazabilidad. Asimismo, se sugiere implementar un mecanismo que garantice la publicación y difusión trimestral de las capacitaciones programadas para el personal clínico y asistencial, con el fin de facilitar su acceso y participación en los entrenamientos.

Recomendación 11: Proceso Gestión Logística – Área Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental.

En relación con el control 1 del Riesgo GLO_04, se recomienda asegurar la correcta ejecución del control conforme a lo establecido en el Mapa de Riesgos Institucional, versión 04, garantizando la participación del personal administrativo cuando corresponda y documentando adecuadamente su cumplimiento. Asimismo, se sugiere revisar y corregir la asignación de responsabilidades para que el control sea ejecutado por el Jefe de la Unidad de Apoyo Logístico o el delegado de la gestión ambiental, evitando que sea asumido por la Unidad de Formación y Docencia, con el fin de mantener la coherencia en la gestión de riesgos.

Recomendación 12: Proceso Gestión Logística – Equipo Industrial

Para el Riesgo GLO_06 y su control 2 y el Riesgo GLO_07 y sus controles 1 y 2, se sugiere garantizar la trazabilidad de los mantenimientos preventivos y correctivos mediante la documentación de su ejecución, asegurando que se cuente con reportes técnicos y registros actualizados que evidencien las acciones realizadas. Esto permitiría fortalecer el seguimiento, verificar la efectividad de los controles y minimizar riesgos asociados al funcionamiento de los equipos industriales.

Recomendación 13: Proceso Gestión Logística – Área Hotelería.

Para los controles y 1 y 2 del Riesgo GLO_09 y controles 1 y 2 del Riesgo GLO_11, se sugiere reforzar la trazabilidad de los controles mediante la adecuada documentación y registro de las actividades realizadas, de manera que se cuente con información clara y verificable sobre su

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 48 de 49

cumplimiento. Esto permitiría mejorar la gestión de los riesgos identificados y facilitar el seguimiento de las acciones implementadas.

Recomendación 14: Controles Sin Evidencias- Proceso Gestión Logística:

En cuanto al control 2 de los riesgos GLO _06 y GLO _07 de los que su aplicación está a cargo del Área de Equipo Industrial, y a los controles 1 y 2 de los Riesgo GLO _09 y GLO _11 de los que su aplicación está bajo el resorte del Área de Hotelería, así:

Área	Riesgo	Control
Equipo Industrial	Riesgo GLO _06	Control 2
	Riesgo GLO _07	Control 2
Hotelería	Riesgo GLO _09	Control 1
		Control 2
	Riesgo GLO _11	Control 1
		Control 2

Se sugiere establecer mecanismos que faciliten el seguimiento y la trazabilidad de la información de los controles, garantizando la disponibilidad de evidencias documentales que respalden su ejecución. Esto permitirá una verificación adecuada de su efectividad, asegurando la coherencia y confiabilidad en su evaluación.

Recomendación 15: Proceso Gestión Financiera – Área Cartera. Riesgo GFI_07 Control 3.

Se recomienda la actualización del formato GF-CONT-PR-01-FT-02 ACTA TRIMESTRAL con fecha de emisión 28 de junio de 2019 V1 por parte de la Unidad Financiera, de acuerdo con el procedimiento Interno “Control de Información Documentada” PL-CLDD-PR-01 Versión 7, en el numeral 4 – Disposiciones Generales-, subnumeral 4.4.1- Otras situaciones, donde se describe que la vigencia de los documentos está dada por cinco (05) años a partir de su fecha de emisión, concluyendo que a la fecha el formato se encuentra desactualizado.

10. CONCLUSIONES

Conclusión 1: La falta de cumplimiento de los roles y responsabilidades del numeral 8 de la *Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central* (PL-OAPL-PO-01_V5) frente a la omisión en el reporte oportuno de la materialización de riesgos genera desviaciones en la implementación de estrategias de mitigación del riesgo y potenciales impactos financieros y operativos no controlados a tiempo.

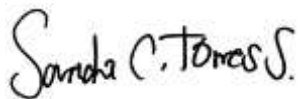
Conclusión 2: La falta de cumplimiento en los procedimientos establecidos en el numeral 13 de la *Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central* (PL-OAPL-PO-01_V5) pone en riesgo la efectividad del monitoreo y control de los riesgos de gestión en la institución. Es crucial que se refuercen las acciones para asegurar que los líderes de procesos cumplan con la actualización periódica de los riesgos y mantengan la disposición adecuada de las evidencias de los controles ejecutados. De no corregirse estas debilidades, se podría afectar

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-04
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	Página 49 de 49

la eficiencia y la transparencia en la gestión de riesgos, lo que impactaría negativamente en la seguridad y operatividad del Hospital Militar Central.

Conclusión 3: Se observó que, de los 214 controles establecidos para los 87 riesgos de gestión en los procesos definidos en el Mapa de Riesgos Institucional Versión 04, un 79.91% (179 controles) fueron implementados correctamente. Sin embargo, un 15.42% (33 controles) distribuidos en 6 procesos no fueron ejecutados de manera efectiva, mientras que un 4.67% (10 controles) relacionados con el proceso de Gestión Logística carecen de información que respalde su efectividad. Aunque el cumplimiento del 79.91% refleja avances en la aplicación de las medidas de control, es fundamental destacar que el porcentaje restante subraya la necesidad de mejorar el seguimiento y la ejecución de las medidas establecidas, con el fin de fortalecer la gestión de riesgos y garantizar una correcta y efectiva aplicación de los controles para mitigar los riesgos institucionales.

Revisó:



SANDRA CAROLINA TORRES SAEZ

Jefe de Oficina Sector Defensa
Oficina de Control Interno

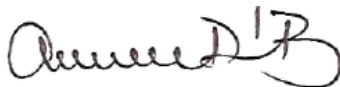
Elaboraron:



DIANA MARCELA YEPES PATALAGUA
Ingeniera Industrial
Profesional Especializado OPS



LILIANA MARÍA DUARTE SUAREZ
Administrador de Empresas
Profesional de Defensa



ANGELA IBETH DÍAZ REY
Ingeniera de Sistemas
Profesional Especializado OPS



SANDRA MILENA OLIVEROS S.
Contadora Pública
Profesional Especializado OPS