

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 15

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Seguimiento Mapa de Riesgos Corte I cuatrimestre 2025. Fecha: 16 de mayo de 2025
Dependencia (s)	Procesos: Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico Atención Ambulatoria Gestión Humana Gestión de Adquisiciones Gestión Financiera Evaluación y mejoramiento y seguimiento
Auditor:	Ángela Ibeth Díaz Rey

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 la importancia del seguimiento continuo de los riesgos, la Oficina de Control Interno realizó un seguimiento a la implementación de los controles asociados al riesgo de fraude interno en el Hospital Militar Central. Este tipo de riesgo reviste especial atención debido a su capacidad de afectar significativamente la confianza institucional, la integridad de los recursos públicos y el cumplimiento de los principios de transparencia y legalidad, estos riesgos son diseñados en línea con las directrices y esquema de líneas de defensa definidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el Modelo Estándar de Control Interno MECI y Guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública, teniendo en cuenta que estos son de especial atención.

3. OBJETIVO

Realizar la verificación de los controles de riesgos con clasificación Fraude Interno del Hospital Militar Central, con corte a abril de 2025, con el fin de comprobar la efectividad de estos para mitigar los riesgos identificados, a través de la medición del diseño, la ejecución y monitoreo.

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 15

4. ALCANCE

Verificar la efectividad de veintidós (22) controles asociados a diez (10) riesgos con clasificación de riesgo Fraude Interno, correspondientes a 7 procesos, con zona de riesgo inherente moderado, alto y extremo, aplicados de la siguiente manera:

Tabla N°1 - Riesgos por Proceso

PROCESO	CONTROLES ASOCIADOS A LA ZONA DE RIESGO INHERENTE							
	Extremo		Alto		Moderado		Total	
	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL	RIESGO INHERENTE	CONTROL
Atención Ambulatoria			1	1			1	1
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	2	4					2	4
Gestión Humana					2	2	2	2
Gestión de Adquisiciones			2	8			2	8
Gestión Financiera	1	1	1	4			2	5
Evaluación, mejoramiento y seguimiento			1	2			1	2
TOTALES	3	5	5	15	2	2	10	22

Fuente de Información - Mapa de Riesgos Institucional Versión 02 2025

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"
- 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.

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 15

- 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 02 2025.

7. METODOLOGÍA

Para la verificación de la efectividad de los riesgos del HOMIL la oficina de Control Interno tomo una muestra de 22 controles correspondientes a 10 riesgos con clasificación de riesgo Fraude Interno, del Mapa de Riesgos Institucional V2, donde se llevó a cabo las siguientes actividades:

- Revisión de la normatividad vigente y aplicable a la verificación.
- Elaboración del Plan de trabajo.
- El 24 de abril de 2025, se consultó en la página de transparencia, la última versión del Mapa de Riesgos Institucional, el cual corresponde a la versión 02. De igual manera, los controles asociados a los diez (10) riesgos de la muestra.
- Diseño de instrumento en formato Excel para la clasificación de los riesgos por proceso a verificar.
- El 25 de abril 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 Fraude Interno I Cuatrimestre 2025, conforme a la Tabla N° 1 Riesgos por proceso.
- El 28 de abril 2025 se recibe la información de los procesos Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico por correo electrónico y el proceso de Atención Ambulatoria por Controldoc ID 401752.
- El 30 de abril de 2025 mediante correo electrónico se recibió la información de los procesos Gestión Financiera y Gestión de Adquisiciones.
- El 2 de mayo de 2025, la Oficina de Control Interno se reunió con la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación, donde se seleccionó una muestra aleatoria de cinco (5) pacientes para verificar la efectividad de los controles establecidos frente al riesgo Código: GFI_09.
- El 2 de mayo de 2025, se hizo reunión con la Unidad Financiera para cotejar la efectividad de los controles y se seleccionó una muestra de 8 contratos.
- El 2 de mayo de 2025 el proceso Evaluación y mejoramiento y seguimiento, envió los soportes que evidencian los riesgos a su cargo.
- El 6 de mayo de 2025 se hizo reunión Área de Gestión Contratos – GECCO para aclarar los soportes de los controles de los riesgos a su cargo.
- Elaboración del informe preliminar.
- Socialización del informe preliminar 12 de mayo de 2025.
- Radicación informe Final 12 de mayo de 2025.

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 15

8. RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE CONTROLES.

De acuerdo con el alcance del presente informe, se verificaron veintidós (22) controles establecidos para diez (10) riesgos, correspondientes a los procesos de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional Versión 02 del 2025, 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 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	TOTAL
Atención Ambulatoria		1		1
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	3			3
Gestión Humana			1	1
Gestión de Adquisiciones		5		5
Gestión Financiera	1	4		5
Evaluación, mejoramiento y seguimiento		2		2
TOTALES	4	12	1	17

Fuente de Información – Áreas de los procesos evaluados

Conforme a la Tabla N°2, de los veintidós (22) controles establecidos para los diez (10) riesgos evaluados, correspondientes a los procesos de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional Versión 02, diecisiete (17) controles correspondientes al 77.27% del total de los controles, fueron aplicados conforme a lo solicitado en cada uno de ellos, para tal fin se anexa Análisis Riesgos I Cuatrimestre 2025.xlsx.

8.2 Verificación de los controles con observaciones

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

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 15

Tabla N°3- Nivel de Cumplimiento con observaciones y zona de riesgo inherente

PROCESO	Extremo	Alto	Moderado	TOTAL
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	1			1
Gestión Humana			1	1
Gestión de Adquisiciones		3		3
TOTALES	1	3	1	5

Fuente de Información – Áreas de los procesos evaluados

Durante la evaluación se observó que cinco (5) controles asociados a tres (3) procesos correspondientes al 22.72% del total de los controles, presentaron debilidades en su diseño y ejecución, así:

8.2.1 Proceso Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico Zona de Riesgo Inherente Extremo

El proceso de Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico contempla un total de dos (2) riesgos de Fraude Interno y cuatro (4) controles aplicables.

Riesgo GAAF_15: “Posibilidad de afectación económica por vencimiento de tecnologías en salud asociada a no realizar gestión alguna para evitar la materialización del riesgo, debido a falta de control, descuido en los procesos de manejo de productos próximos a vencer.

Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.”.

Análisis prueba de controles

Control 3 “El personal designado por el jefe de la Unidad de Farmacia realiza mensualmente un reporte de acceso a las áreas de Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos. Con el fin de mitigar el riesgo de posibles pérdidas por hurto de medicamentos de alto costo debido al ingreso de personal externo en las áreas del almacén.”.

Responsables: Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos, Farmacia Salas de Cirugía, Farmacia de Salas de Maternidad, Farmacia Tecnologías en Salud (Medicamentos, Insumos Médico Quirúrgicos de diagnóstico y reactivos) – Zona de Riesgo Inherente Extremo.

La OCIN evidenció, según la documentación enviada por el Área, que durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2025 se ha diligenciado el FORMATO DE CONTROL DE INGRESO A ÁREAS DE PRODUCCIÓN, CÓDIGO: AA-GAME-PR-02-FT-01, para el ingreso de personal ajeno al Área. En el registro de control de ingreso se muestra un total de 36 personas autorizadas pertenecientes a diferentes empresas; con un total de 19 solicitudes enviadas por

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 15

correo electrónico, sin embargo, no se puede evidenciar de manera clara quién es el responsable de autorizar dichas entradas.

Ahora bien, la Oficina de Control Interno con ID 378139 de 10 de enero de 2025 en el informe de Riesgos de III Cuatrimestre 2024 observó *“debilidad, en la formulación y aplicación del Control 3, lo que podría comprometer la efectividad, para mitigar el riesgo de posibles pérdidas, por hurto de medicamentos de alto costo, debido al ingreso de personal externo en las áreas del almacén. Esta situación requiere una revisión exhaustiva, para garantizar que el control sea adecuado, consistente y aplicado de manera uniforme en el proceso.”*

Dado lo anterior no se pudo evidenciar mejora en el diseño y aplicación de este control.

OBSERVACIÓN 1 Riesgo GAAF_15 Control 3: Se identificó que, si bien el Control 3 establece un reporte mensual de accesos a las áreas de Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos para mitigar el riesgo de pérdidas por hurto, este control no aborda de manera directa ni suficiente el riesgo GAAF_15 relacionado con la afectación económica por vencimiento de tecnologías en salud. En ese sentido, se observa una brecha en el control en cuanto a los procesos de seguimiento, identificación temprana y gestión de inventarios con fechas próximas de caducidad. Esta situación puede incrementar la probabilidad de materialización del riesgo y, en consecuencia, generar impactos económicos negativos.

La falta de controles específicos orientados al seguimiento, rotación y manejo de productos próximos a vencer podría derivar en pérdidas significativas y a la materialización del Riesgo GAAF_15.

Dado lo anterior, la OCIN se hace la recomendación No. 1, el capítulo 9 Recomendaciones

8.2.2 Proceso Gestión de Adquisiciones de Riesgo Inherente Alto

El proceso de Gestión de Adquisiciones tiene un total de dos (2) riesgos de Fraude Interno y cuatro (8) controles aplicables.

Riesgo GDA_04 *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, para el direccionamiento de estudios previos, evaluaciones o aplicación de una modalidad de selección diferente a la que corresponda por ley, para adjudicar y/o celebrar un contrato que beneficie a un proponente.*

Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.”

Análisis prueba de control

Responsable: Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos

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 15

Control 4: “El jefe de la Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos, gestiona y promociona trimestralmente la disposición de un canal de denuncia por medio del correo mercadeocompras@homil.gov.co, como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas anti éticas en el desarrollo del proceso contractual.

Así mismo la oficina de SARLAFT, recepciona mediante los siguientes canales de denuncias

* Formulario denuncias: <https://forms.gle/goiyzvlrannbmmca8>

* Correos electrónicos: denuncias.sarlaft@homil.gov.co

* Línea telefónica: 601 348 6868 ext. 3012

* **WhatsApp: 57 322 2674636**

* Atención presencial: Oficina Cumplimiento (Ingreso visitantes a mano derecha).

* Oficial de Cumplimiento: Correo: oficialcumplimiento@homil.gov.co – ggalvis@homil.gov.co”

Como se observa en la imagen 1, El Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos allegó un correo electrónico fechado el 30 de abril de 2025, en el cual informa los canales dispuestos por el Oficial de Cumplimiento para recibir denuncias relacionadas con actos de , conductas antiéticas o cualquier comportamiento que pueda obstaculizar el correcto desarrollo de los procesos contractuales y administrativos dentro de la institución, así mismo el correo mercadeocompras@homil.gov.co

Imagen1 Correo canales de denuncia



Fuente: Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos

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 15

OBSERVACION 2: Se evidenció una debilidad en el diseño del Control 4 del riesgo GDA_04, ya que dentro de su estructura aún se encuentra el número de WhatsApp, el correo oficialcumplimiento@homil.gov.co como canales oficiales para la recepción de denuncias. Esto contraviene lo establecido en el plan de mejoramiento suscrito por el área el 13 de enero de 2025, en el cual se dispuso expresamente: “2. *Eliminar de los comunicados y documentos la línea WhatsApp personal a partir del 01 de febrero de 2025, y no se atenderá ningún requerimiento institucional realizado por ese medio.*”

La no actualización del diseño del control, manteniendo los canales que fue oficialmente retirado, representa una debilidad que compromete su efectividad, ya que no refleja los lineamientos vigentes establecidos por la entidad ni garantiza su funcionalidad operativa. Además, se recuerda que este control debe ejecutarse de forma trimestral.

Por lo anterior la Oficina de control Interno presenta la recomendación 2 en el capítulo 9 Recomendaciones

Riesgo GDA_05 “Posibilidad de afectación económica por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, con el fin de manipular la información en el seguimiento y supervisión de los contratos. **Nota:** La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.”

Análisis prueba de control

Control 3: “El Profesional encargado, realiza de manera trimestral un ejercicio aleatorio para verificar que los supervisores den cumplimiento con establecido en el procedimiento o manual para el ejercicio de labor de supervisión.”

Responsable: Gestión Contratos, Selección Personal - Seguimiento, Ejecución y Apoyo Contractual

El profesional encargado remitió cuatro correos electrónicos solicitando la revisión de pagos y los informes de supervisión en la plataforma SECOP II; sin embargo, dicha acción no evidencia el cumplimiento del control, el cual establece la realización de un ejercicio aleatorio de verificación trimestral para determinar si se está dando cumplimiento al manual o al procedimiento establecido para la supervisión de contratos. La ausencia de este ejercicio limita la posibilidad de evaluar de manera objetiva la efectividad del control.

OBSERVACION 3 Riesgo GDA_05 Control 3: En relación con el diseño e implementación del Control 3, se evidencian debilidades en los soportes que den cuenta del seguimiento relacionado con la verificación del cumplimiento de los Supervisores con lo establecido en el manual de supervisión. Es importante señalar que esta situación se ha reiterado en los informes del II y III cuatrimestre del año 2024, sin que hasta la fecha se evidencien mejoras en la presentación de los soportes que den cuenta de la aplicación efectiva del 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 9 de 15

Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno, presenta la recomendación 3 en el Capítulo Recomendaciones.

Control 4: “El jefe de la Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos, gestiona y promueve trimestralmente la disposición de un canal de denuncia por medio del correo mercadeocompras@homil.gov.co, como medio de comunicación confidencial, anónimo y seguro para que los interesados puedan informar posibles situaciones de fraude, irregularidades y conductas anti éticas en el desarrollo del proceso contractual.

Así mismo la oficina de SARLAFT, recepciona mediante los siguientes canales de denuncias

* Formulario denuncias: <https://forms.gle/goiyzvlrannbmmca8>

* Correos electrónicos: denuncias.sarlaft@homil.gov.co

* Línea telefónica: 601 348 6868 ext. 3012

* **WhatsApp: 57 322 2674636**

* Atención presencial: Oficina Cumplimiento (Ingreso visitantes a mano derecha).

* Oficial de Cumplimiento: Correo: oficialcumplimiento@homil.gov.co – ggalvis@homil.gov.co”

Para este control 4 del Riesgo GDA_05 se tiene la observación 2 y la recomendación 2, teniendo en cuenta que este control obedece a la misma naturaleza del control 4 del **Riesgo GDA_04**.

8.2.3 Proceso Gestión Recursos Humanos – Zona de Riesgo Inherente Moderada

El proceso de Gestión Recursos Humanos tiene un total de dos (2) riesgos de Fraude Interno y dos (2) controles aplicables.

Riesgo GHU_03: “Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dación o beneficio a nombre propio o de terceros, debido a la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado. (La económica se presentaría como consecuencia de un fallo de reparación directa en contra del HOMIL).

Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.”

Análisis prueba de control

Control 1: “La Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno gestiona con cada uno de los funcionarios a su cargo, la suscripción mensual de un acta de adherencia al código general disciplinario, en lo que concierne a las faltas disciplinarias relacionadas con recibir o solicitar daciones como consecuencia de la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado.”.

Responsable: Oficina Control Disciplinario Interno

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 15

La Oficina de Control Interno (OCIN) verificó que la Oficina de Control Disciplinario Interno entregó un total de 24 actas denominadas Acta de Compromiso de Confidencialidad, correspondientes a seis actas por cada mes. En dichas actas se incluye expresamente los siguientes compromisos: *"El Funcionario Interviniente deberá abstenerse de recibir, exigir o aceptar privilegio, dádiva o cualquier otra prerrogativa, o promesa, proveniente de persona directa o indirectamente interesada en el resultado del proceso. y El Funcionario Interviniente se obliga a denunciar inmediatamente, ante las Directivas del Hospital Militar Central, y ante las autoridades correspondientes, cualquier intento de incidir indebidamente en el proceso disciplinario, o en su resultado."*

No obstante, los soportes presentados no evidencian completamente la aplicación del control, debido a que este establece la obligación de suscribir un acta de manera mensual, donde se demostró adherencia explícita al Código General Disciplinario, lo cual no se evidencia en la documentación entregada.

Ahora bien, las actas entregadas reflejan en parte el propósito del control, sin embargo, se considera necesario estandarizar tanto la denominación como los términos utilizados en el documento, con el fin de alinearlos plenamente con los requisitos establecidos. Esto permitirá garantizar la correspondencia, coherencia y trazabilidad necesarias en la gestión del riesgo, fortaleciendo así la eficacia del control implementado.

Así mismo, la Oficina de Control Interno con ID 378139 de 10 de enero de 2025 en el informe de Riesgos de III Cuatrimestre 2024 observo *"Se reitera la observación registrada en el informe radicado bajo el Id: 350343, con fecha del 10 de septiembre de 2024, debido a que persiste "debilidad en la articulación entre los nombres de los soportes establecidos en el control y los nombres de los soportes entregados que evidencian su implementación. Esta inconsistencia podría generar confusión en terceros y afectar la claridad y trazabilidad de la documentación relacionada con la aplicación del control."*

OBSERVACION 4: Al realizar el seguimiento al riesgo GHU_03 *"relacionado con la posibilidad de afectación económica y reputacional por la manipulación del proceso disciplinario mediante la recepción o solicitud de dádivas en beneficio del investigado"*, se evidenció que el Control 1 consiste en la suscripción mensual de actas de adherencia al Código General Disciplinario por parte de los funcionarios de la Oficina de Control Disciplinario Interno.

Sin embargo, la evidencia enviada corresponde a actas de confidencialidad, en las cuales los funcionarios se comprometen a no aceptar beneficios indebidos y a denunciar cualquier intento de interferencia en los procesos. Aunque dicho compromiso guarda relación con la integridad en el ejercicio de funciones, no corresponde al control definido ni constituye un mecanismo efectivo de mitigación del riesgo.

Adicionalmente, se identificó que el control actual no guarda coherencia funcional con el riesgo, ya que se basa en compromisos éticos individuales sin contemplar acciones de seguimiento a los procesos disciplinarios, las cuales serían necesarios para prevenir o detectar una manipulación real.

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 15

Dado lo anterior la Oficina de Control Interno hace la recomendación 4 en el Capítulo 9 Recomendaciones.

8.3. Proceso Atención Ambulatoria – Riesgo AAM_05

La Oficina de Control Interno durante el presente seguimiento (I Cuatrimestre 2025), verificó la aplicación del control del Riesgo AAM_05, el cual estipula: *“Posibilidad de afectación económica y reputacional, recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, debido al manejo de influencias en la asignación de citas médicas y falla en adherencia a los protocolos institucionales por parte de los funcionarios de asignación de citas. Nota: La posible materialización de los riesgos de corrupción (fraude Interno) se identificarán por medio del análisis de denuncias, quejas y demandas.”*

Control 1: *“1. El responsable del servicio de consulta externa verificará mensualmente el cumplimiento del procedimiento de asignación de citas que se realice de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Cod. AM-COEX-PR-01-IN-02, y trimestralmente capacita y retroalimenta al personal a cargo de la asignación de citas, dando cumplimiento al código de ética y buen gobierno de la entidad.”*

Responsable: Consulta Externa

Análisis prueba de control

La evidencia aportada en el año por el Área de Consulta Externa permitió a la Oficina de Control Interno (OCIN) verificar avances importantes en la aplicación del control 1, el cual establece que: *“El responsable del servicio de consulta externa verificará mensualmente el cumplimiento del procedimiento de asignación de citas de acuerdo con lo establecido en el instructivo AM-COEX-PR-01-IN-02, versión 5, y realizará capacitaciones trimestrales al personal a cargo de la asignación de citas, en cumplimiento del código de ética y buen gobierno de la entidad. Soporte: Actas de capacitación trimestral.”*

Durante la revisión de 2025, la OCIN constató la entrega de siete (7) actas por parte de Consulta Externa, relacionadas con la verificación mensual del procedimiento y la ejecución de las capacitaciones previstas. De estas: Cinco (5) actas están directamente vinculadas a actividades de sensibilización y monitoreo del riesgo AAM_05. Dos (2) actas abordan otros temas (riesgos de gestión y SARLAFT), que, si bien no están centradas en el riesgo AAM_05, pueden guardar alguna relación temática con él.

Si bien se reconoce una mejor organización documental respecto al año anterior, se identificaron algunas diferencias menores entre las horas consignadas en las actas y las listas de asistencia, y se observó que en algunos casos el contenido del acta se limita a mencionar el nombre del riesgo y la descripción del control, sin detallar de manera más amplia las acciones desarrolladas.

Las dos actas restantes abordan otros temas, en los que se identifica el riesgo de gestión y los riesgos SARLAFT, los cuales, pueden guardar relación con el tema asociado al Riesgo AAM_05.

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 15

A pesar de que la OCIN ha evidenciado avances significativos en la implementación de los controles, persisten debilidades en la organización y unificación de los documentos presentados, motivo por el cual la Oficina de Control Interno hace la recomendación No. 5, en el Capítulo 9 Recomendaciones.

8.3.1 Seguimiento Hallazgo relacionado con el Riesgo AAM_05 del Informe de Riesgos de Corrupción del III Cuatrimestre 2024

Durante el desarrollo del presente seguimiento, la Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento del plan de mejoramiento del Hallazgo 1, presentado en el informe de Riesgos de Corrupción del III Cuatrimestre 2024 radicado con ID 378139 de 10 de enero de 2025. Este hallazgo evidenció debilidades en la aplicación del Control 1 del riesgo AAM_05, así:

“Hallazgo 1: En el Mapa de Riesgos, versiones 3 y 4 del año 2024, se establece que la responsabilidad del control asociado al riesgo recae en el Servicio de Consulta Externa y Radiología. Sin embargo, se identificó un incumplimiento reiterado en la aplicación del control por parte del Servicio de Radiología (de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, de la Subdirección de Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico), dado que no se allegó información que evidenciara su efectividad en las evaluaciones correspondientes al segundo y tercer cuatrimestre del 2024. (...)”

Frente a lo anterior, el Servicio de Radiología en cabeza de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico que depende de la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, formuló y presentó con radicado ID: 379389 del 16 de enero de 2025, el plan de mejoramiento con la siguiente **acción de mejora**:

“Ajustar el control a cargo del servicio de radiología y los responsables, indicando de manera clara cada uno de los servicios que asignan citas (médicas y radiología) debe aplicar el control y consolidar las evidencias.”

En la ejecución de la acción de mejora, se generó una modificación del Mapa de Riesgos Institucional – Versión 02 2025, mediante la incorporación de un riesgo adicional denominado **GAAF_16** específico para el servicio de Radiología, en el proceso de Gestión de Apoyo Asistencial y Farmacéutico, avalado por la Oficina Asesora de Planeación y soportado con evidencia del nuevo control implementado que demuestra la efectividad del control implementado para mitigar dicho riesgo.

Como resultado, se puede concluir que el hallazgo ha sido adecuadamente subsanado, por lo que la acción de mejora se considera efectiva, al que el riesgo GAAF_16 ha sido gestionado de manera efectiva.

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 15

8.3.2 Seguimiento Observaciones relacionadas con el Riesgo AAM_05 del Informe de Riesgos de Corrupción del III Cuatrimestre 2024

En cuanto a las 2 observaciones sobre este riesgo que presentó la Oficina de Control Interno en el informe de Riesgos de III Cuatrimestre 2024 con ID 378139 de 10 de enero de 2025, se tiene:

1. La Observación 3 del citado informe refería *“Se identificó una debilidad en la formulación del control establecido, ya que este hace referencia al cumplimiento del procedimiento de asignación de citas, codificado como AM-COEX-PR-01-IN-02, cuando en realidad corresponde a un “protocolo”. Esta imprecisión afecta la claridad y aplicabilidad del control, lo que podría generar inconsistencias en su implementación y evaluación.”*

Para el presente informe el control refiere el documento AM-COEX-PR-01-IN-02 como instructivo de asignación de citas, una vez revisado en Sistema Documental Institucional de HOMIL se evidenció que el formato AM-COEX-PR-01-IN-02 corresponde a un instructivo, motivo por el cual la observación fue subsanada, dado que se modificó la palabra “procedimiento” por Instructivo”, dentro de la definición del control en la versión 2 del Mapa de Riesgos Institucional.

2. En cuanto a la Observación 4: *“Se identificaron debilidades en la organización y unificación de los documentos aportados, particularmente en las cuatro actas y las cuatro listas de asistencia, debido a la falta de precisión en la especificación de las fechas de las reuniones realizadas. Esta situación dificulta la trazabilidad de las actividades documentadas, comprometiendo la capacidad de verificar la efectiva ejecución de los controles y el cumplimiento de los objetivos establecidos.”*

De lo anterior se evidenciaron mejoras, de acuerdo al análisis realizado en el apartado 8.3, del presente informe y se presenta la recomendación No. 5, en el Capítulo 9 Recomendaciones.

9. RECOMENDACIONES

Recomendación 1: Proceso Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico- Áreas Farmacia Producción y Adecuación de Medicamentos, Farmacia Salas de Cirugía, Farmacia de Salas de Maternidad, Farmacia Tecnologías en Salud (Medicamentos, Insumos Médico Quirúrgicos de diagnóstico y reactivos).

Frente al control 3 del riesgo **GAAF_15**, se recomienda analizar la pertinencia de fortalecer el Control 3 asociado al riesgo identificado en la Unidad de Farmacia (UNFA), estableciendo actividades específicas y claras que garanticen su aplicación efectiva y/o modificarlo para que esté orientado al monitoreo activo de fechas de vencimiento, tales como reportes periódicos de productos próximos a vencer, alertas automáticas en los sistemas de inventario y procedimientos para su redistribución oportuna. Esto permitirá fortalecer la gestión del riesgo GAAF_15 y reducir la exposición institucional a pérdidas económicas evitables por vencimiento de los medicamentos de alto costo, minimizando los riesgos inherentes. Asimismo, se sugiere a la primera línea de defensa asegurar la aplicación del control conforme a su formulación.

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 15

Recomendación 2: Proceso Gestión de Adquisiciones Riesgo GDA_04 y Riesgo GDA_05 Control 4 Unidad de Compras Licitaciones y Bienes Activos

Se recomienda a la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, el cumplimiento del control en forma trimestral y de solicitar formalmente a la Oficina Asesora de Planeación la modificación de los controles 4 de los riesgos GDA_04 y GDA_05, para retirar el número del WhatsApp y las líneas de atención que ya no estén vigentes, conforme a las acciones de mejora adelantadas por el Área del Oficial SARLAFT.

Recomendación 3: Proceso Gestión de Adquisiciones Riesgo GDA_05 Gestión Contratos, Selección Personal - Seguimiento, Ejecución y Apoyo Contractual-Control 3

En cuanto al diseño y la aplicación del Control 3 asociado al riesgo Código GDA_05, se sugiere analizar la pertinencia de fortalecer la aplicación del seguimiento a las labores de supervisión que realizan los supervisores de contratos al cumplimiento de las obligaciones contractuales de los contratos, registrando aquellas situaciones que evidencien debilidades.

Recomendación 4: Proceso Gestión de Recursos Humanos Riesgo GHU_03 – Control 1

Se reitera verificar la articulación de los nombres de los soportes establecidos en el control del riesgo de : *'Posibilidad de afectación económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, debido a la manipulación del proceso disciplinario en beneficio del investigado,'* con los de los soportes generados en la implementación del control, a fin de evitar confusiones por parte de terceros o verificar la pertinencia de solicitar a la Oficina Asesora de Planeación la pertinencia de reformular el control, asegurando su alineación con el riesgo GHU_03 y su efectividad en la prevención de su materialización.

Recomendación 5: Proceso Atención Ambulatoria - Área Consulta Externa. Riesgo AAM_05: Control 1.

Se reitera validar la pertinencia de implementar medidas para fortalecer los soportes documentales para la aplicación del Control 1 del Riesgo AAM_05 del Proceso de Atención Ambulatoria, garantizando que la información proporcionada dé cuenta con información suficiente de las acciones adelantadas para la mitigación del riesgo. Esto contribuirá a optimizar la trazabilidad de las actividades, facilitar la verificación de la ejecución efectiva de los controles y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos.

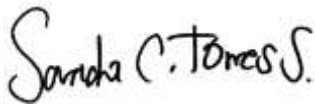
10. CONCLUSIONES

Conclusión 1: Se observó que, de los 22 controles analizados de los 10 riesgos con clasificación Fraude Interno, de la muestra tomada, en los procesos definidos en el Mapa de Riesgos Institucional Versión 02, un 77.27% (17 controles) fueron implementados correctamente. Sin embargo, un 22.72% (5 controles) distribuidos en tres (3) procesos presentaron debilidades en su ejecución. Aunque el cumplimiento del 77.27% refleja avances en la aplicación de las medidas

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 15

de control, es fundamental destacar que el porcentaje restante subraya la necesidad de desarrollar nuevas actividades para 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

Elaboró



ANGELA IBETH DÍAZ REY
Ingeniera de Sistemas– Profesional Especializado OPS