

PERIODO	PRIMER CUATRIMESTRE (ENERO 01 A ABRIL 30 Del 2025).
ÁREA O DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO
RESPONSABLE	RUBY ESNEDA MARIN LOPEZ
DIRIGIDO A	GERENCIA H.S.J.D.
REFERENCIA	INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION.

COMPROMISO	INDICADOR	RESULTADO
N.A	N.A	N.A

DETALLE DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

OBJETIVO: Verificar los avances en la identificación y monitoreo de los controles a los riesgos para la lucha contra la corrupción los cuales sirven de insumo para el cumplimiento y aplicabilidad en todos los procesos para una Gestión transparente, dentro del mapa de riesgos 2025, Verificar el seguimiento que se realiza por parte de la primera y segunda línea de defensa a los riesgos de corrupción. Para el periodo del 01 de enero al 30 de abril.

ALCANCE: El presente informe incluye el seguimiento a los controles del Mapa de Riesgos de Corrupción y monitoreo 2025, realizados por la primera y segunda línea de defensa para el primera cuatrimestre 2025.

FUNDAMENTO NORMATIVO: Decreto 124 de 2016 Artículo 2.1.4.8., Decreto 1083 de 2015 art. 2.2.21.5. 4., Decreto 1537 de 2001 artículo 4, Ley 1474 de 2011 Artículos 73 y 74, política de riesgos de la entidad, Resolución interna 011 de enero de 2023.

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

El seguimiento al mapa de riesgos de corrupción, se encuentra enmarcado en el Componente de Evaluación de Riesgos del Modelo Estándar de Control Interno y en el subcomponente "Asegurar la Gestión del Riesgo en la Entidad" de la séptima dimensión Control Interno, del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

PUBLICACION DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION: Se verifica en la página web de la entidad que se tiene publicado el mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2025, Como lo establece el criterio señalado en el Artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016. *Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción, en el cual se indica: "Las entidades del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar y publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos en el enlace de "Transparencia y acceso a la información" del sitio web de cada entidad a más tardar el 31 de enero de cada año.*

SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2025, Y POLITICA DE RIESGOS.

Política de Administración de Riesgos: Esta política fue aprobada Mediante Resolución gerencial N° 011 del 11 de enero 2023 se actualiza la política de administración del riesgo en la entidad. <https://www.eserionegro.gov.co/index.php/nuestro-hospital/gestion-institucional/informes-y-proyectos>.

Para la evaluación del Mapa de Riesgos 2025 de la entidad, se tuvo en cuenta la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas - del Departamento Administrativo de la Función Pública, versión No. 5 del 5 de

diciembre de 2020, pone a disposición la metodología para la administración del riesgo para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo en las entidades públicas.

La política contempla en su estructura el objetivo, un alcance, los responsables del seguimiento de acuerdo a Líneas de Defensa y los criterios para la identificación y valoración del riesgo, considerando en la etapa de identificación, la fase inicial del análisis de contexto. Se evidencia que se logra establecer los parámetros para el análisis y evaluación del riesgo, así como el diseño y valoración de controles y los niveles de aceptación del riesgo residual para su tratamiento y manejo. Se tiene claro los lineamientos para realizar el monitoreo y seguimiento de los riesgos.

 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Rionegro - Antioquia Nº: 890.907.254-7 RESOLUCIÓN No. 011 (Rionegro, 11 de enero de 2023) "POR MEDIO DE LA CUAL SE DEROGA LA RESOLUCIÓN 015 DE ENERO DE 2019 Y SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y LA RESPECTIVA" El Gerente del Hospital San Juan de Dios, Empresa Social del Estado de Rionegro, en uso de sus atribuciones legales y especialmente las conferidas en el artículo 315 Constitucional la Ley 909 de 2004, la Ley 1122 de 2007 y el artículo 91 de la ley 1551 de 2012.	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INTRODUCCIÓN 4 DEFINICIONES 4 JUSTIFICACIÓN 10 OBJETIVO GENERAL 10 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 11 ALCANCE 11 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 11 ESTRATEGIAS 12 Identificación de Riesgos 13 Riesgo fiscal y las circunstancias inmediatas 13 Factores de Riesgos 16 Definición de riesgo de corrupción 18 Valoración del Riesgo 18 Valoración de riesgos de corrupción 19 Valoración de los controles 21 Valoración de los controles de corrupción 22 ROLES Y RESPONSABILIDADES 24 INDICADORES Y MODALIDAD DE MONITOREO 24 BIBLIOGRAFÍA 25
--	---

Política de riesgos, Resolución Gerencial.

SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS:

En la revisión que se le realiza al mapa de riesgos de corrupción 2025, se evidencia diez (10) riesgos, identificados por los diferentes líderes de los procesos y 19 acciones asociadas a los controles de cada riesgo. Para el primer cuatrimestre del 2025 la Oficina de Control Interno, realiza verificación de estas actividades de control a lo cual se evidencia:

En el mapa de Riesgos de Corrupción se identifica con nueve (10) riesgos en los siguientes procesos y se verifico los controles implementados para valorar el riesgo inherente.

PROCESO	Nº RIESGOS	Nº CONTROLES
jurídica	2	4
misionales	1	2
Talento humano	2	4
Gestión documental	2	4
Financiera	2	3
Recursos Físicos y Biomédicos	1	2
TOTAL	10	17

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				TRATAMIENTO DEL RIESGO					SEGUIMIENTO MAYO (7/05/2025) 1º LINEA DEFENSA		SEGUIMIENTO MAYO (8/05/2025) 2º LINEA DEFENSA	
	Proceso	Nro.	Riesgo	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	¿Se materializó el riesgo?	¿La aplicación de los controles ha sido efectiva? Explique	¿El control fue efectivo?
JURIDICA (Control interno disciplinario)	1	Posibilidad de afectación reputacional por la adopción de decisiones disciplinarias (autos de archivo provisionales, definitivos o autos de cargos) contrarias a derecho, para favorecer un interés propio o de terceros, debido al desconocimiento de los valores institucionales por parte de quienes intervienen, la no implementación de protocolos en el proceso, el desconocimiento de la normatividad vigente, así como la violación de la reserva disciplinaria.	Desconocimiento de los valores institucionales por parte de quienes intervienen. No implementación de protocolos en el proceso, el desconocimiento de la normatividad vigente. Violación de la reserva disciplinaria.	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales. Afectación reputacional.	Implementación de procesos o guías para la toma de decisiones disciplinarias, con definición clara de roles, etapas y criterios objetivos. Identificación de situaciones de conflicto de interés en los procesos disciplinarios.	Comite de control interno disciplinario	Asesor jurídico	Semestral	Númerno de procesos disciplinarios con conflicto de interes identificado	NO	No se evidencia tratamiento al riesgo.	SI	El riesgo fue incluido recientemente en la matriz, no obstante no se han materializado, el control será evaluado en el segundo trimestre
	2	Posibilidad de afectación reputacional por no dar trámite a una noticia disciplinaria, para favorecer un interés propio o de terceros, debido al desconocimiento de los valores institucionales y de la normatividad vigente por parte de quienes intervienen en el proceso disciplinario.	Desconocimiento de los valores institucionales por parte de quienes intervienen.	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales. Afectación reputacional.	Implementación de procesos o guías para la toma de decisiones disciplinarias, con definición clara de roles, etapas y criterios objetivos. Identificación de situaciones de	Comite de control interno disciplinario	Asesor jurídico	Semestral	Númerno de procesos disciplinarios con conflicto de interes identificado	NO	No se evidencia tratamiento al riesgo.	SI	El riesgo fue incluido recientemente en la matriz, no obstante no se han materializado, el control será evaluado en el segundo trimestre
PROCESOS MISIONALES	3	Posibilidad de realizar cobros no autorizados a los usuarios para facilitar el acceso o prestación de un servicio	Alta demanda. Disminución de oferta. Dificultad para el acceso a los servicios	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Restricción de permisos por usuarios del aplicativo de HC electrónica. Auditoria de trámites realizados por los usuarios	Informe de asignación de citas. Cuadros de turno con asignaciones	Coordinadores de Áreas Ambulatorias	Semestral	Proporción de eventos de cobro con seguimiento	No	El riesgo de realizar cobros no autorizados a los usuarios no se ha materializado gracias a la efectividad de los controles implementados, como la restricción de permisos por usuario en el sistema de historia clínica electrónica y la auditoría constante de los trámites registrados. Estos mecanismos han limitado el acceso solo a personal autorizado y han permitido el seguimiento en tiempo real de cualquier transacción, lo que previene actos indebidos y garantiza	SI	No se ha identificado materialización del riesgo, además se han impimentado herramientas tecnologicas para facilitar el tramite de asignación de citas para evitar tramitadores

TALENTO HUMANO	4	Posibilidad de alteración de los documentos de las hojas de vida para acceder a un cargo	Intereses personales y falta de ética Desorden en el archivo de los documentos No verificación de veracidad de documentos	Investigaciones penales y sanciones disciplinarias Falta de credibilidad de la institución Procesos judiciales Pérdida de la información	Organización y custodia de las hojas de vida en el archivo exclusivo de talento humano Verificación de antecedentes disciplinarios y penales Verificación de veracidad del documento como estudios y experiencia laboral acreditada	Archivo de custodia de hojas de vida Formato de verificación de requisitos	Líder Talento humano	Semestral	Proporción de hojas de vida completas y revisadas	No	Los controles han sido efectivos porque el área de Talento Humano realiza una verificación exhaustiva de los antecedentes penales y disciplinarios, así como de los estudios y experiencia laboral acreditada, antes de cualquier vinculación. Además, las hojas de vida se	5	Las hojas de vida para procesos de selección son verificadas por el área de TH y/o la agremiación correspondiente
	5	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio por direccionamiento de vinculación en favor propio o de un tercero.	Intereses personales y falta de ética	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Documentar proceso de vinculación frente a cada una de las etapas.	Proceso documentado con soportes	Líder Talento humano	Anual	Proporción de procesos de vinculación documentados	No	Los controles han sido efectivos porque el proceso de vinculación está completamente documentado en todas sus etapas, lo que permite trazabilidad, transparencia y verificación por parte de entes de control. Esta documentación disuade y previene	5	No se ha identificado materialización del riesgo, además se han implementado herramientas tecnológicas para facilitar el trámite de asignación de citas para evitar tramitadores
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL	6	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva para la adquisición de bienes y servicios del proceso de tecnologías con el fin de beneficiarse a nombre propio o de terceros	Intereses personales y falta de ética	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Evaluación de proveedores Aplicación de requisitos para seleccionar proveedores Solicitud de cotizaciones para selección de proveedor Seguimiento al proceso de contratación	Proceso contractual	Líder grupo de sistemas	Anual	Proporción de proceso contractual verificado	No	Los controles han sido efectivos porque se aplican criterios objetivos y verificables en la evaluación y selección de proveedores, se documentan las cotizaciones y se hace seguimiento continuo al proceso de contratación, lo que garantiza transparencia y	5	El proceso de selección de proveedores para los procesos contractuales cuenta con diferentes controles internos los cuales dejan huellas de los registros que se incluyen en el
	7	Posibilidad de modificación y/o alteración de la información financiera	Intereses de manipular los indicadores de la entidad Manipulación de la información tanto física o en el sistema	Investigaciones y sanciones disciplinarias	Modificaciones sujetas a aprobación de gerencia y revisoría fiscal	Carpeta de modificaciones aprobadas	Contadora	Semestral	Número de modificaciones realizadas	No	Los controles han sido efectivos porque toda modificación financiera requiere la aprobación formal de la Gerencia y la Revisoría Fiscal, lo que asegura doble validación,	5	La información financiera es aprobada de forma mensual después de pasar por diferentes filtros, incluida la junta
	8	Posibilidad de robo de efectivo o cibernéticos	Falta de ética del personal Falta de compromiso con la institución Falta de puntos de control	Pérdida de recursos económicos	Control de recaudo de cajas mediante generación de informe y auditorías de tesorería	Informes de auditorías internas	Tesorería	Trimestral	Número de hallazgos de auditorías	No	Los controles han sido efectivos porque se realiza seguimiento diario mediante informes de recaudo y auditorías periódicas desde Tesorería, lo que permite detectar oportunamente	5	El área de tesorería realiza seguimiento diario en cajas, no se ha identificado novedades o alertas

RECURSOS FISICOS Y BIOMEDICOS	10	Posibilidad de favorecer la adquisición de proveedores específicos	Sesgo de intereses en los conceptos para direccionar compras	Investigaciones y sanciones disciplinarias Pérdida económica Adquisición de insumos no adecuados	Evaluación de proveedores Aplicación de requisitos para seleccionar proveedores Solicitud de cotizaciones para selección de proveedor a través de la plataforma OKA SYSTEM Seguimiento a las personas encargadas de la adquisición de insumos	Lista de chequeo de selección de proveedores Cotizaciones Informes de auditorías	Jefe de Compras	Trimestral	Número de hallazgos de auditorías	No	Si, en los equipos biomédicos se realizan las cotizaciones con proveedores reconocidos por el hospital y teniendo en cuenta la calidad del producto de acuerdo a los requisitos que deben cumplirse según norma y la post venta, que se cuenta con experiencia en la venta de equipos	5	El uso de la plataforma OKA permite realizar un proceso transparente de la adquisición de insumos y medicamentos

Fuente de información mapa de riesgos de corrupción área de planeación.

Se realiza informe semestral de seguimiento al subsistema SICOF y al SARLAF, partiendo de la normativa vigente y los informes presentado por los oficiales de cumplimiento, en el cual indica si hubo materialización de riesgos, implementa los respectivos indicadores para el control de riesgos. (Informes del SICOF Y SARLAF).

RECOMENDACIONES

- Poner mayor atención los líderes en realizar el seguimiento a las actividades y acciones dentro de los controles del mapa de riesgos con el fin de que la segunda línea (planeación) pueda consolidar la información, dentro de los términos establecidos, dar mayor claridad y evidenciar las acciones implementadas.
- Replantear dentro del mapa de riesgos de corrupción los periodos con corte de mes para dar cumplimiento a las acciones planteadas, por norma la entidad (primera línea y segunda línea) debe hacer seguimiento trimestralmente y la tercera línea (control interno) cada cuatro meses, lo que puede generar falta de insumos y seguimiento suficientes para un buen informe.
- Importantes que dentro del mapa de riesgos de corrupción se haya tenido en cuenta dos riesgos producto de resultado de auditoria interna a los procesos disciplinarios.
- conservar la gestión que se viene dando de las actividades de control, la verificación de la información diseñada en el mapa de riesgos de corrupción, de este modo la información que se registre genera valor.
- importante una capacitación a los líderes de los procesos en el tema de riesgos y controles de este modo fortalecer la identificación, la formulación y el diseño de estos.
- De acuerdo con el Monitoreo de Riesgos materializados Lo evidenciado y documentado por parte de la primera línea de defensa, en cuanto a la materialización de riesgos y la aplicación de controles en el mapa de riesgos de corrupción del primer cuatrimestre 2025 y verificado por el área o proceso de Planeación, se concluye que no se ha presentado la materialización de alguno de los riesgos, igualmente no se detectaron situaciones que permitan establecer posibles actos de corrupción.

NOMBRE	FIRMA	FECHA
RUBY ESENEDA MARIN LOPEZ Jefe de Control Interno		MAYO 2025

