

Bogotá D.C, Mayo 6 de 2025

Doctor (a)

LEONARDO DUARTE DIAZ - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO - Director Científico, CARLOS FERNANDO GONZALEZ PRADA - Director Administrativo, NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO - Directora Atención al Usuario, ANA CAROLINA SERNA - Coordinadora Sede UF Zipaquirá, NESTOR ANDRES RODRIGUEZ ORDOÑEZ - Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá, ADRIANA VANESSA CABALLERO HERNANDEZ - Coordinadora de Apoyo y Enlace Administrativo Sede HR Y UF Zipaquirá, EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES - Jefe Oficina Asesora Jurídica (E) y Líder Proyecto Control Interno Disciplinario, YANET CRISTINA GIL ZAPATA - Directora Financiera, MARLESBY SOTELO PUERTO - Subdirectora Contabilidad, LUZ DARY RUIZ ROMERO - Subdirectora de Personal, JESUS ALFONSO CRUZ VARGAS - Subdirector Cirugía General, OMAR ROBERTO PEÑADIAZ - Subdirector Ortopedia, WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO - Subdirector Neurocirugía, CARLOS JULIO GARCIA PERLAZA - Subdirector Ginecología y Proceso Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento (E), MARIA TERESA OSPINA CABRERA - Subdirector Unidad de Cuidado Intensivo, RUTH MARGOTH ROJAS RODRIGUEZ - Proceso Apoyo Diagnóstico, MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO - Proceso Gestión de Salud Pública, KEILE JESSEL RONDON ESQUIBEL - Proceso Gestión Servicios de Urgencias, ALEXANDRA BELTRAN SUAREZ - Proceso Gestión Servicios Ambulatorios, YAMILE ANDREA UBAQUE RODRIGUEZ - Proceso Gestión Servicios Complementarios, LUISA ALEJANDRA PARDO RICO - Proceso Gestión Servicios Hospitalarios, CARLOS HARVEY JAIMES - Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos, GABRIEL ANGEL RAMIREZ BARBOSA - Proceso Bienes y Servicios, MARTHA LUCIA GONZALEZ - Proceso Gestión de Talento Humano y Proceso Gestión de Hotelería Hospitalaria (E), JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES - Proceso Ingeniería Hospitalarias, SOLANYI ESPERANZA GARZON AVILA - Proceso Inteligencia de Mercados, JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA - Proceso Tecnología Biomédica, LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS - Proceso Gestión de la Información TIC, CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA - Líder Proyecto Almacén General, CARMEN YAMILE GOMEZ RODRIGUEZ - Líder de Proyecto de Nutrición, CLERY LUZ TARAPUES - Líder Proyecto (e) Cuentas Medicas, WANDERLEY ORJUELA BARRETO - Líder de Proyecto de Farmacia.

KAREN SOFÍA CAVIEDES PÁEZ - Líder de calidad HRZ y UFZ, ANA MARÍA VILLEGAS WAGNER - Líder de seguridad del paciente, DANIA BELLO - Ingeniera ambiental, ÁNGELA DANIELA PASTRANA GONZALEZ - Profesional en gestión del riesgo, ANDREA CORREDOR GARNICA - Coordinadora auditoría médica HRZ y UFZ, ANDRÉS ENRIQUE JIMÉNEZ BURGOS - Profesional de sistemas de información, GERMAN FABIÁN CENDALES CASTELLANOS - Líder estadística, ANGÉLICA MARÍA GÓMEZ NOVA - Líder de facturación, LAURA XIMENA PACHÓN PACHÓN - Líder de hotelería, NELCY LIZETH MUÑOZ RODRÍGUEZ - Líder biomédica, HEYDI XIOMARA ACERO PAEZ - Líder de almacén, RUBÉN MAURICIO URREGO - Líder de urgencias, LINA MARÍA MORALES CAMACHO - Líder patología, TATIANA MILENA LINERO GONZALEZ - Coordinadora imágenes de la sabana, MARÍA ISABEL RAMÍREZ PLAZAS - Líder salud pública, MARÍA MARCELA JIMÉNEZ - Líder consulta externa, ELIZABETH CASTILLO FETECUA - Líder trabajo social, MARGARET LIZBET MONTERO MORENO - Líder unidad quirúrgica, JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO - Líder de esterilización, SHARON YINIBETH PINEDA CAICEDO - Líder de farmacia, MAGDA BIBIANA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ - Nutricionista, ZULANYI KATERIN MORALES - Bacterióloga, LIBY PAOLA PARADA CASTRO - Líder terapias, JENNY PAOLA ALONSO LUENGAS - Líder de enfermería.

VALENTINA CORREDOR RAMÍREZ - Ambiental Gestión Integrada de la Calidad, ELENDRY ROBAYO MUÑOZ - Seguridad del paciente GIC, DANIELA PASTRANA GONZÁLEZ - Planeación GIC, LAURA BUITRAGO BULLA - Líder Atención al usuario familia y la comunidad, PAOLA MARGARITA MARTÍNEZ - Gestión salud pública, LUISA JULIANA TORRES (COGUA) - Líder Cogua Gestión salud pública, FERNANDA RODRÍGUEZ RIAÑO (SAN CAYETANO) - Líder San Cayetano, SONIA MAYERLY GONZÁLEZ - Líder laboratorio, CRISTIAN CAMILO JIMENEZ (IMÁGENES DE LA SABANA) - Coordinación Unidad Funcional, PAOLA PINEDA GARZÓN - líder odontología, ANGELA MARIA GOMEZ VARGAS - Líder Publica, LUISA ESPINOSA POLO - Líder enfermería, KARLA PAOLA CORREDOR SALAZAR - Líder Salas de Cirugía, WILMAR FERNANDO JIMENEZ - Líder Almacén, MARYI MANCERA URREGO - Ingeniera Equipo, JONIER RIVERA CASTAÑEDA - Mantenimiento Ingeniería hospitalaria, CLAUDIA PILAR CONTRERAS CONTRERAS - Líder estadística, MILLER AHUMADA CUFÍÑO - Técnico coordinador de mantenimiento, OMAR ALBERTO VARGAS ANGARITA - Bienes y servicios, MARIA ANGELICA FORERO - Gestión documental, JAVIER PRIETO RODRÍGUEZ - Ingeniero de sistemas.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

**REFERENCIA: Informe Auditoría Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles de Corrupción Vigencia 2025**

Cordial Saludo:

En atención al Plan de Auditorías 2025, adjunto se envía informe de auditoría del asunto de la referencia. Los temas abordados en este informe de auditoría son objeto de verificación anual por parte de esta oficina por tratarse de cumplimiento de normal y seguimiento a la mejora.

Por lo anterior se envía el informe de auditoría final Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles de Corrupción vigencia 2025 para que dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes se elabore plan de mejoramiento pertinente a las recomendaciones que lo requieran. Plan de mejoramiento el cual deberá ser elaborado según lo establecido en el procedimiento 02CIN01-V2, Actividad 21 y el instructivo "Lineamiento oportunidades de mejora", Código 06GIC03-V2 y siguiendo los lineamientos enmarcados en el procedimiento "FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESO, identificado con código 02GIC03-V10"

Se envía una encuesta de satisfacción relacionada con la auditoría mencionada, dirigida a cada líder de proceso para su diligenciamiento. El objetivo de esta encuesta es identificar oportunidades de mejora en el proceso de auditoría interna independiente. La fecha límite para envío de encuesta es viernes 9 de mayo de 2025

Anexo; setenta (70) folios.

Cordialmente;

**YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

c.c. Jorge Andrés López Quintero - Gerente

Aprobó: Yetica Jhasvelli Hernández Ariza  
Elaboro: Claudia Yamile Rubiano  
Reviso: Claudia Yamile Rubiano



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NIT.899.999.032-5

SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS A RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCIÓN VIGENCIA 2025

BOGOTÁ D.C, ABRIL 2025



## Índice

1. Aspectos Generales.....	5
1.1. Objetivos .....	5
1.1.1. Objetivo General.....	5
1.2. Alcance .....	5
1.3. Metodología .....	5
1.4. Base Legal.....	5
1.5. Normas Internas.....	6
1.6. Objetivos Estratégicos Asociados a la Auditoria.....	7
1.6.1. Objetivo Estratégico No.7 .....	8
1.7. Políticas Asociadas a la Auditoria.....	8
1.8. Riesgos identificados por los procesos .....	8
1.8.1. Gestión Servicios Complementarios .....	17
1.8.2. Bienes y Servicios .....	18
1.8.3. Gestión Financiera.....	21
1.8.4. Ingeniería Hospitalaria .....	25
1.8.5. Gestión de la Información TIC.....	26
1.8.6. Gestión Jurídica .....	27
1.8.7. Gestión de Tecnología Biomédica .....	28
1.8.8. Gestión del Talento Humano .....	29
1.9. Evaluación de controles .....	31
1.10. Encuesta "Autoevaluación de la implementación del SICOF en la Política Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción. Vigencia 2025" .....	34
1.10.1. Tabulación de las respuestas.....	34
1.10.2. Debilidades y fortalezas detectadas .....	40
1.10.3. Ejes de acreditación.....	41
1.10.4. Respuestas a preguntas formuladas en la encuesta .....	41
1.11. Estándares de acreditación asociados a la auditoria: .....	43
1.11.1. Estándar 92. Código: (GER. 4).....	43



1.11.2. Estándar 97. Código: (GER.9) ..... 43

1.11.3. Estándar 100. Código: (GER.12)..... 43

1.12. Componentes y elementos del MECI..... 44

**2. Evaluación de Respuestas entregadas del Informe Preliminar ..... 44**

2.1 Planeación y Garantía de la Calidad ..... 45

2.1.1 Respecto a la Recomendación N. 1 del informe preliminar ..... 45

2.1.2 Respecto a la Recomendación N. 2 del informe preliminar ..... 46

2.1.3 Respecto a la Recomendación N. 3 del informe preliminar ..... 47

2.1.4 Respecto a la Recomendación N. 4 del informe preliminar ..... 48

2.1.5 Respecto a la Recomendación N. 5 del informe preliminar ..... 49

2.1.6 Respecto a la Recomendación N. 6 del informe preliminar ..... 50

2.1.7 Respecto a la Recomendación N. 7 del informe preliminar ..... 51

2.1.8 Respecto a la Recomendación N. 8 del informe preliminar ..... 51

2.1.9 Respecto a la Recomendación N. 9 del informe preliminar ..... 51

2.1.10 Respecto a la Recomendación N. 10 del informe preliminar ..... 52

2.1.11 Respecto a Recomendaciones 2024 y años anteriores del informe preliminar Planeación y Garantía de la Calidad respondió lo siguiente:..... 52

2.1.12 Respecto a la Recomendación N. 2 año 2024 del informe preliminar..... 53

2.1.13 Respecto a la Recomendación N. 3 de la vigencia 2023 del informe preliminar ..... 53

2.1.14 Respecto a la Recomendación N. 4 de la vigencia 2023 del informe preliminar ..... 53

2.1.15 Respecto a la Recomendación N. 5 de la vigencia 2023 del informe preliminar ..... 53

2.1.16 Respecto a la Recomendación N. 6 de la vigencia 2023 del informe preliminar ..... 54

2.1.17 Respecto a la Recomendación N. 7 de la vigencia 2023 del informe preliminar ..... 54

2.1.18 Respecto a la Recomendación N. 8 de la vigencia 2023 del informe preliminar ..... 54

2.1.19 Respecto a Recomendaciones de la vigencia 2022 a 2020 del informe preliminar. La oficina de Planeación y Garantía de la Calidad respondió lo siguiente: ..... 55

2.2 Dirección Financiera..... 55

2.3 Gestión Jurídica..... 57

2.4 Ingeniería Hospitalaria..... 58

2.5 Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud..... 59

2.6 Nota Aclaratoria ..... 59



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

3. Recomendaciones 2025.....	60
3.1 Recomendaciones Vigencia 2024 y anteriores.....	64

## 1. Aspectos Generales

### 1.1. Objetivos

#### 1.1.1. Objetivo General

En cumplimiento de las funciones de Control Interno, se llevará a cabo el seguimiento, evaluación y análisis de los Riesgos y Controles de la Matriz de Riesgo SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude), con el fin de garantizar la eficacia de los mecanismos de control y la gestión de los riesgos identificados en la entidad.

### 1.2. Alcance

De acuerdo con el Plan Anual de Auditorías de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia 2025, y conforme al programa de transparencia y ética pública 2025 – que se encuentra publicado de manera ilegible en la página web, se procederá con el análisis, y verificación de los controles establecidos en la Matriz de Riesgos SICOF para la vigencia 2025, con el propósito de evaluar su efectividad y alineación con la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.

### 1.3. Metodología

Para el seguimiento, cotejo y evaluación de los Riesgos de Corrupción de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, integrados a la Matriz de Riesgo SICOF 2025, publicada en la página web del hospital (con ruta de acceso: Transparencia y Acceso a la Información – Planeación Gestión y Control – Planes Programas y Proyectos – Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Programa de Transparencia y ética Pública 2025 - RIESGOS SICOF 2025 V1). En el desarrollo del informe de seguimiento a los Riesgos de Corrupción y sus controles, se realiza una encuesta de Autoevaluación de Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, se verifica la elaboración y consolidación, el contexto, la identificación, finalizando con la reiteración de las recomendaciones realizadas, si hay lugar a ellos, del Informe de Auditoría de seguimiento de la Matriz de Riesgos de Corrupción 2025.

### 1.4. Base Legal

- Constitución Política de Colombia
- Ley 23 de 1981 – Código de Ética
- Ley 87 de 1993 – Control Interno
- Ley 1474 de 2011 – Ley contra la corrupción
- Decreto 1876 de 1994 – (Reglamento sobre las actividades de control interno)
- Decreto 1599 de 2005 – (Reglamento de la ley 87 de 1993)
- Decreto 943 de 2014 – Sistema de Control Interno
- Decreto 1649 de 2014 – (Modifica el sistema de control en el ámbito del sector público)
- Decreto 1081 de 2015 – (Expide el Decreto Único Reglamentario del sector función pública)
- Decreto 612 de 2018 – (Regula el sistema de control interno en entidades del orden nacional)
- Decreto 403 de 2020 – (Implementación de control y anticorrupción)
- Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública
- Decreto 1463 de 2022 – (Sistema de Control interno y rendición de cuentas)
- Ley 2195 de 2022 – (Modifica en artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Fortaleciendo medidas anticorrupción)
- Decreto 1122 de 2024 – (Establece lineamientos para el plan anticorrupción 2025)

- Decreto 1600 de 2024 – (Creación de la subcomisión Técnica para la prevención de la corrupción)
- Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano 2025 – (Documento orientador del plan Anticorrupción para la vigencia 2025)
- Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria de Colombia V3.1 – (Requisitos que incluyen aspectos de transparencia y Ética en la gestión hospitalaria)
- Todas las demás disposiciones sobre la materia.

### 1.5. Normas Internas

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con el **Manual Integral de Riesgos** - Código 01GIC14-V3, cuya última actualización fue realizada el 28 de diciembre de 2023. El objetivo del manual es: *"Documentar la metodología para la administración y gestión de riesgos en el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS). Esto incluye la articulación de las diversas herramientas utilizadas para gestionar los riesgos según su tipología, mediante la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los mismos. El propósito principal es prevenir la ocurrencia de los riesgos o minimizar su impacto en el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la alta dirección, en alineación con lo establecido en la Política de Administración de Riesgos."*

El modelo de gestión de riesgos adoptado por el HUS consta de seis etapas clave: (1) Identificación del contexto, (2) Identificación del riesgo, (3) Priorización de riesgos, (4) Valoración de riesgos, (5) Controles y (6) Estandarización. Este proceso no solo es sistemático, sino que además sigue el modelo de las tres líneas de defensa propuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, que permite una gestión integral y eficiente de los riesgos.

En cuanto a los riesgos relacionados con el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), el HUS actualiza y adopta la Guía de Administración de Riesgos SICOF, en cumplimiento de la normatividad vigente. Esta guía establece una serie de medidas proactivas orientadas a evitar o mitigar la materialización de riesgos de corrupción, opacidad y fraude dentro de la entidad. Las principales subtipologías abordadas por el SICOF incluyen:

**Corrupción:** *Acto que combina acción u omisión, uso indebido del poder, desviación de la gestión pública y búsqueda de un beneficio privado.*

**Opacidad:** *Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión de recursos públicos.*

**Fraude:** *Acto ilegal caracterizado por engaño, ocultación o violación de confianza, que no necesariamente involucra amenazas o violencia física, pero sí se comete para obtener beneficios personales o evitar pérdidas.*

**Soborno:** *Promesa, ofrecimiento o aceptación de un beneficio indebido para influir en las decisiones o acciones de un funcionario público o directivo del sector privado.*

**Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT):** *Riesgo de que recursos provenientes de actividades ilícitas sean utilizados para ser introducidos en la economía formal o para financiar actividades terroristas.*

**Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva:** *Uso de fondos o servicios financieros para facilitar la fabricación, adquisición o transferencia de armas nucleares, químicas o biológicas, contraviniendo leyes nacionales o acuerdos internacionales.*

El manual también contiene procedimientos detallados para la determinación y valoración de los riesgos dentro del SICOF, así como estrategias específicas para combatir estos riesgos. Además, en caso de materialización de un riesgo SICOF, se han definido los pasos a seguir:

- Informar a las autoridades la ocurrencia del hecho de corrupción.
- Hacer una revisión a las causas y controles del riesgo materializado y realizar los ajustes correspondientes.
- Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos SICOF.

Así mismo, el manual cuenta con las medidas para tratar esos riesgos.

Por otro lado, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con el **Manual de Integridad**, identificado con el código 01GES20-V2 y actualizado el 19 de octubre de 2022. En dicho manual se establecen los lineamientos frente a los actos de corrupción y fraude, que incluyen lo siguiente:

- Las Directivas están comprometidas con la implementación de un Plan Anticorrupción que pretende ser una aproximación integral a los medios de prevención, detección y respuesta a los riesgos de corrupción y las conductas previstas en el Estatuto Anticorrupción; buscando implementar acciones colectivas y a sumar esfuerzos con los grupos de interés en la lucha contra la corrupción.
- El equipo directivo, así como todos los funcionarios y servidores de la Institución, deberán declararse impedidos para actuar en un asunto cuando tengan un interés particular y directo en su regulación, gestión, control o decisión, o lo tuvieren su cónyuge o compañero(a) permanente, o alguno de sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad, de acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto Anticorrupción, el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y demás normatividad y lineamientos relacionados con los conflictos de interés.
- Mejorar el acceso y la calidad de la información pública para la prevención de la corrupción.
- Rendir cuentas.
- Hacer más eficientes las herramientas de gestión pública para la prevención de la corrupción.
- Fortalecer el control social para la prevención de la corrupción.
- Mejorar la promoción de la integridad y la cultura de la legalidad.
- Identificar y administrar los riesgos de corrupción asociados a los procesos de la entidad.
- Fomentar entre los funcionarios y servidores públicos una gestión íntegra en el cumplimiento de sus funciones o responsabilidades.
- Cumplir la misión de la Entidad para lograr un impacto positivo sobre la calidad de vida de los ciudadanos, logrando mejores inversiones, resultados concretos y transformaciones sostenibles.
- Evitar la recepción de cualquier tipo de regalo, ostentación o beneficio que bajo cualquier ley o cuestión pueda influir en la independencia del juicio, servicio prestado que involucre al HUS y sus sedes favoreciendo o desfavoreciendo a un tercero.
- Recibir pagos en efectivo, tarjetas, bonos que pretendan ejercer influencia indebida sobre el servidor público o funcionario.

#### 1.6. Objetivos Estratégicos Asociados a la Auditoría

Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, "Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024-2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la EMPRESA SOCIAL

DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA", se dictan nueve (9) objetivos estratégicos para la entidad de los cuales, uno (1) está relacionado con el seguimiento y análisis a los Riesgos y Controles de Corrupción, así:

#### 1.6.1. Objetivo Estratégico No.7

Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028.

#### 1.7. Políticas Asociadas a la Auditoría

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con una política relacionada con la auditoría, registrada en el aplicativo Almera bajo el código 01GES03-V7, denominada 'Política de Administración del Riesgo'. Esta política, cuya última actualización fue realizada el 26 de marzo de 2024, establece lo siguiente:

**" SI PREVIENES EL RIESGO ASEGURAS EL ÉXITO INSTITUCIONAL "**  
*"La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se compromete a fomentar la cultura basada en riesgos a través de la implementación de la gestión integral de los riesgos mediante la identificación valoración, control, monitoreo de estandarización de sus controles, de acuerdo a sus tipologías: Operacional, SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) y de Seguridad Digital, que pudiera afectar el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos institucionales, en concordancia con los sistemas de gestión aplicables a la institución, determinando la gestión de las acciones de control oportunas para evitar la materialización del riesgo y mitigar su probabilidad e impacto a través de los roles de autoridad y responsabilidad definidos en las líneas de defensa institucionales"*

La Política en mención cuenta con tres (03) objetivos los cuales son:

1. *"Promover el enfoque preventivo a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos institucionales en un marco de transparencia, contribuyendo al logro de los objetivos y las metas institucionales.*
2. *Proporcionar información derivada del monitoreo a la gestión de riesgos, para la toma de decisiones y la mejora continua.*
3. *Fomentar la cultura basada en riesgos a través de la participación activa de los líderes de procesos y sus equipos de trabajo en la revisión, validación y evaluación periódica de la identificación, análisis y valoración de los diferentes riesgos por proceso, definiendo las acciones que permitan el desarrollo de las oportunidades de mejora identificadas."*

#### 1.8. Riesgos identificados por los procesos

Se evidencia que no se encuentra publicada la matriz de riesgos institucionales 2025 en la página web de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, situación que puede afectar los principios de transparencia, acceso a la información y seguimiento por parte de los grupos de interés.



Inicio - Intranet Sam | AJUSTAR EL INFORME | Página principal | Sistema de Gestión | Plan anticorrupción | PROGRAMA-DE-TRANSPARENCIA

bus.org.co/plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/

**Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano**

Plan de Acción PMPPS ESE HUS

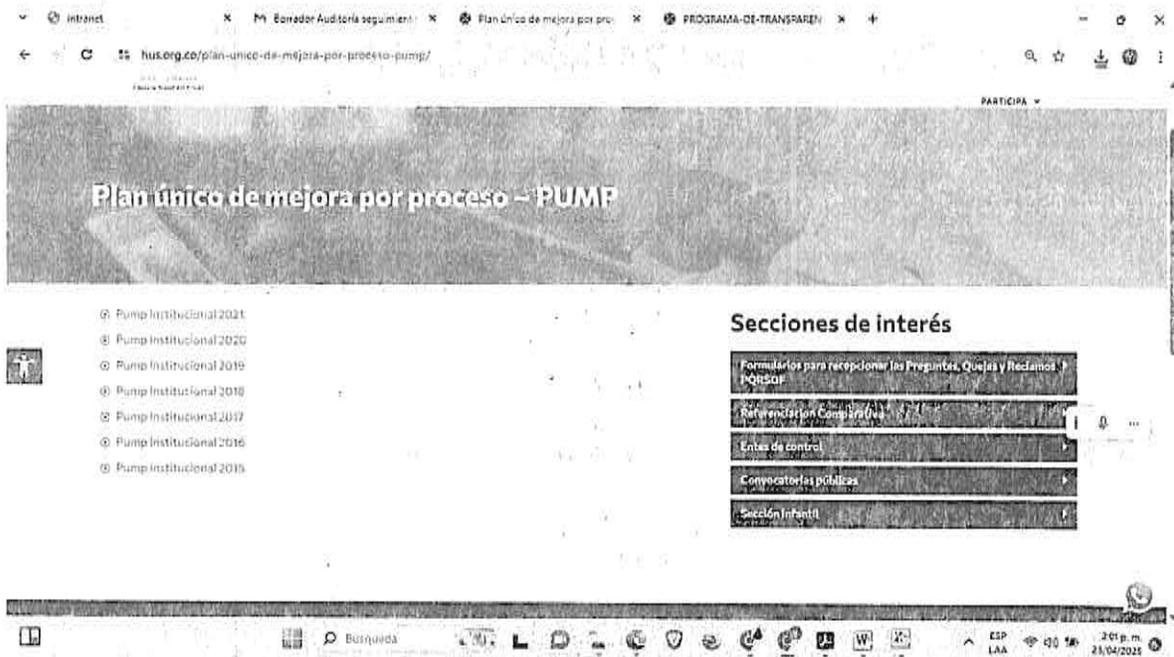
- Programa de Transparencia y Ética Pública 2025
  - Acto Comité de Riesgos 29612025 R5 SICOF Y PTER 2025
  - RESCOSO SICOF 2025 V1
  - PROGRAMA DE TRANSPARENCIA PTER HOSPITAL DE LA SAMARITANA
- + Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2024
- + Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2023
- + Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2022

**Secciones de interés**

- Formularios para recepción de Preguntas, Quejas y Reclamos
- Referenciación Comparativa
- Entes de control
- Convocatorias públicas
- Sección Infantil

4:00 p.m. 21/04/2025

Se evidencia que los planes de mejora publicados en la página web institucional solo están disponibles hasta el año 2021, y no se encuentran actualizados. (Con ruta de acceso desde la página Web: Transparencia y Acceso a la Información → Planeación, Gestión y Control → Planes, Programas y Proyectos → Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP).



Intranet | Borrador Auditoría seguimiento | Plan único de mejora por proceso | PROGRAMA-DE-TRANSPARENCIA

bus.org.co/plan-unico-de-mejora-por-proceso-pump/

**Plan único de mejora por proceso - PUMP**

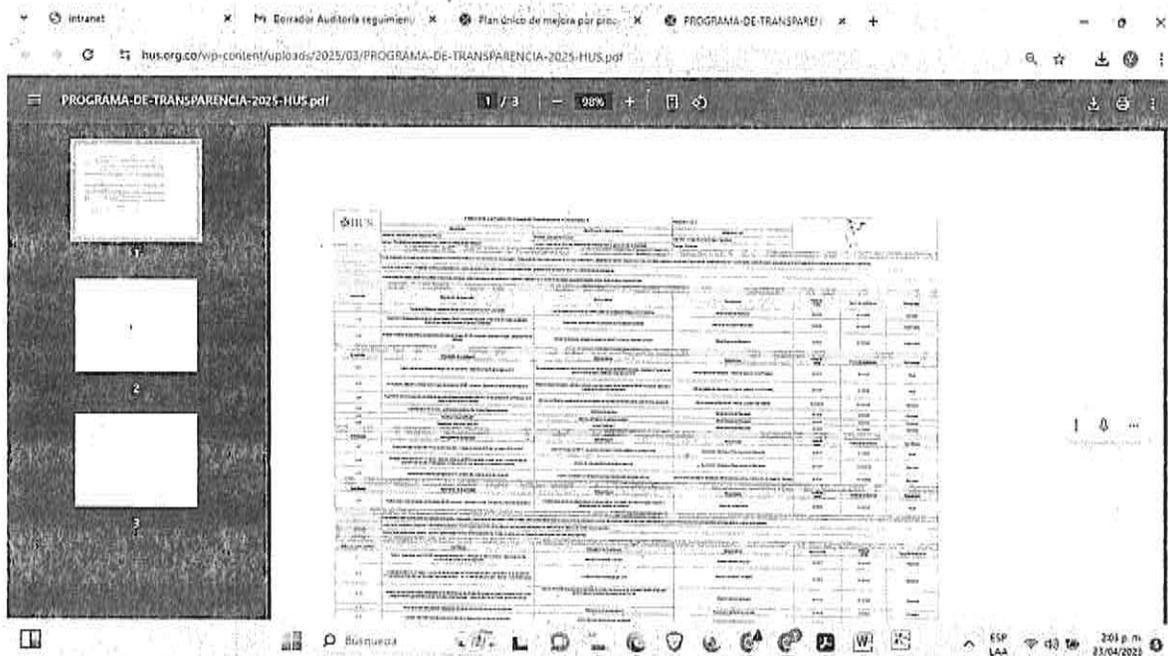
- Pump Institucional 2021
- Pump Institucional 2020
- Pump Institucional 2019
- Pump Institucional 2018
- Pump Institucional 2017
- Pump Institucional 2016
- Pump Institucional 2015

**Secciones de interés**

- Formularios para recepción de Preguntas, Quejas y Reclamos
- Referenciación Comparativa
- Entes de control
- Convocatorias públicas
- Sección Infantil

3:01 p.m. 21/04/2025

Se evidencia que el documento cargado en la página web institucional, correspondiente al Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP del Hospital de la Samaritana, no se encuentra legible para el cliente externo, dificultando su consulta. (Con ruta de acceso desde la página Web: Transparencia y Acceso a la Información → Planeación, Gestión y Control → Planes, Programas y Proyectos → Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano → Programa De Transparencia PTEP Hospital De La Samaritana).



Se evidencia que no se encuentra publicado en la página web institucional el Acuerdo No. 041 de 2024, por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024–2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Ruta de acceso: Transparencia y Acceso a la Información → Normativa → Acuerdos).



Se procedió a revisar la Matriz de Riesgos SICOF CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE 2025, A continuación se mostraran los riesgos mencionados:



RIESGOS-SICOF-2015-V1.xlsx - Microsoft Excel

IDENTIFICACIÓN - DESCRIPCIÓN DEL RIESGO										RIESGO INHERENTE			ZONA DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
NUMERO	PROCESO	RIESGO	TIPOLOGÍA	SUBTIPOLOGÍA	ASIENTE GENERADOR	FORMAS DE MATERIALIZACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CALIFICACIÓN INICIAL	Probabilidad	Impacto			
11	Gestión de Servicios Complementarios	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de favorecer la adquisición de medicamentos y/o dispositivos médicos.	RICOF (Compraventa, Calidad, Fraude)	Operación	Humano	Cuentas erróneas, malicias y violaciones que se cometen al no cumplir con los requisitos de compra para equipos médicos para el desarrollo de los servicios de atención a pacientes. Cuentas erróneas que no se cumplen con la legislación en la comunidad.	Faltas de cargo por material de oficina y de laboratorio. Cambios en la legislación que impactan en el proceso de tiempo humano.	Proceso de gestión errónea y con mala calidad. Sanciones económicas por mala gestión.	Más	Muy	Alto	La implementación de personal que se realiza a través de evaluación de (formación, experiencia) para validar el cumplimiento de los requisitos de formación y experiencia. Se gestionan los datos de calidad que se realiza a través de procesos de compra que se realiza en el momento de la adquisición de los medicamentos y dispositivos médicos en el momento de la compra de los que se personal el presupuesto.		
ELABORADO:			REVISADO:			APROBADO:								
Líderes de proceso y equipos de trabajo que gestionan los riesgos aquí descritos			Diego Fierro			Diego Fierro			Diego Fierro					
			LEONARDO SUAREZ (IA)			DR JORGE ANDRÉS LÓPEZ QUINTERO			GERENTE					

Proceso	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo	Número de Controles
Gestión Servicios Complementarios	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de favorecer la adquisición de medicamentos y/o dispositivos médicos.	Emitir concepto técnico favorable sin tener en cuenta el marco normativo y cumplimiento de requisitos  Hacer proyecciones erróneas sin tener en cuenta los consumos promedios e inventario histórico de la institución  Inconsistencias en la supervisión	Sanción, investigación, pérdida económica, de imagen y confianza.	Extremo	4
Bienes y Servicios	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de Ejecutar contratos de forma irregular en el Almacén.	Ejecuciones elaborados o manipulados para beneficio de un oferente en particular	Pérdidas Económicas, pérdidas de imagen, investigación y sanción.	Extremo	4

Proceso	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo	Número de Controles
Bienes y Servicios	Posibilidad de recibir o solicitar dadora o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de elaborar pliegos de condiciones e Invitaciones a Cotizar hechos a la medida de un oferente o marcas en particular.	<p>Por Estudios previos elaborados o manipulados para beneficio de un oferente en particular.</p> <p>Por la Elaboración o manipulación de los Pliegos de Condiciones o Invitaciones a cotizar que beneficien a un oferente en particular.</p>	<p>Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos / Investigaciones / sanciones / intervenciones</p>	Extremo	4
Bienes y Servicios	Posibilidad de contratar con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportados en listas restrictivas, para beneficio propio o de terceros.	<p>Por qué no se realiza verificación de las personas jurídicas y/o naturales en la plataforma con que cuenta el Hospital para verificación de listas restrictivas, una vez presentada la documentación en la participación de los diferentes procesos de contratación.</p> <p>Porque no se presenta informe sobre personas naturales y/o jurídicas que se encuentren reportadas en listas restrictivas.</p> <p>Porque se elaboran contratos con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportadas en listas restrictivas.</p>	<p>Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos</p>	Alto	3
Gestión Financiera	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de modificar el estado de la deuda de la cartera.	Vulnerabilidad del sistema de información financiera en la base de datos.	Pérdidas Económicas	Extremo	1

Proceso	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo	Número de Controles
Gestión Financiera	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de aceptar glosas no procedentes.	Manipulación por parte de las personas responsables en el trámite de la glosa soportada y su confirmación en el sistema de información dinamica.net, (personal de cartera y objeciones).	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos	Extremo	1
Gestión Financiera	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros por inadecuado manejo (jineteo) en las cajas menores o caja principal, cuentas de anticipos (cuotas moderadoras y/o copagos).	Falta de verificación en el cumplimiento de los arqueos de acuerdo a lo establecido en la institución.	Pérdidas Económica	Extremo	3
Gestión Financiera	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de no facturar servicios de salud prestados.	Inconsistencias en el cargue de las cuentas en pacientes atendidos contra las órdenes de servicios y/o HC.  No validación de las cuentas médicas en prefectura para garantizar la facturación de todos los servicios prestados contra lo descrito en la historia clínica del paciente.  No tener la disponibilidad del personal completo para el desarrollo de las actividades de: *Cargue diario de cuentas médicas y revisión diaria de cuentas médicas.	Pérdidas Económica	Extremo	3

Proceso	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo	Número de Controles
Ingeniería Hospitalaria	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de permitir el cobro por actividades no ejecutadas en contratos de obra pública.	Informes de obra con información insuficiente.  Apoyo inadecuado a la supervisión.	Pérdidas Económicas, Investigación, Sanción y Demandas	Extremo	2
Gestión de la Información	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el acceso indebido de la información contenida en los sistemas.	Los funcionarios al retirarse no realizan la inactivación de usuarios.  Los líderes de proceso no informan oportunamente el retiro del personal.  Manejo inadecuado de contraseñas.  Uso inadecuado de dispositivos USB.	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos  Perdidas económica	Extremo	4
Gestión Jurídica	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el vencimiento de términos o la prescripción del mismo.	Falta de seguimiento a los procesos.  Conflicto de interés.	Condena, sanción, investigación, afectación de imagen y Pérdidas económicas.	Extremo	4
Gestión de Tecnología Biomédica	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar cambios de repuestos y/o mantenimientos correctivos de la tecnología biomédica sin necesidad o diagnóstico técnico.	Que se reporte el requerimiento de repuestos adicionales innecesarios para habilitar un equipo biomédico sin justificación en particular.  Que se haga requerimiento de repuestos sin justificación para prevenir daños de equipos biomédicos que se encuentren operativos al momento del requerimiento.  Que los repuestos sean	Pérdidas Económicas, investigación, sanción, afectación de imagen	Extremo	3

Proceso	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo	Número de Controles
		suministrados pero no se instalen en los equipos biomédico.			
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar pagos injustificados u omisión de pagos relacionados con la nómina	Reporte inoportuno Novedades de Nomina.  Revisión inadecuada de liquidación Nomina	Perdidas Económicas Pérdida de imagen / credibilidad / confianza / clientes, usuarios insatisfechos	Alto	2
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de modificar perfiles acorde a un particular y no al cargo requerido por la dependencia correspondiente.	Perfiles de cargo y/o manual de funciones desactualizados.  Cambios en la legislación que impacten en el proceso de talento humano.	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza / Sanciones disciplinarias, administrativas y/o fiscales, intervención.	Alto	2

En resumen, se evidenciaron los siguientes riesgos por procesos:

- Gestión Servicios Complementarios: Un (01) riesgo.
- Bienes y Servicios: Tres (03) riesgos.
- Gestión Financiera: Cuatro (04) riesgos.
- Ingeniería Hospitalaria: Un (01) riesgo.
- Gestión de la Información: Un (01) riesgo.
- Gestión Jurídica: Un (01) riesgo.
- Gestión de Tecnología Biomédica: Un (01) riesgo.
- Gestión del Talento Humano: Dos (02) riesgos.

Con un total de cuarenta (40) controles, los cuales cumplen con lo argumentado en el Manual Integral de Riesgos.

Se realizó un seguimiento a los riesgos registrados en la matriz publicada en la página web y en Almera, con el fin de verificar su congruencia. A continuación, se presentan los hallazgos específicos por cada proceso:

1.8.1. Gestión Servicios Complementarios

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
GSC24070	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de favorecer la adquisición de medicamentos y/o dispositivos médicos	Emitir concepto técnico favorable sin tener en cuenta el marco normativo y cumplimiento de requisitos  Hacer proyecciones erróneas sin tener en cuenta los consumos promedios e inventario histórico de la institución  Inconsistencias en la supervisión	Sanción, investigación, pérdida económica, de imagen y confianza.  FORMAS DE MATERIALIZACIÓN  Cuando se hace adquisición de medicamentos o dispositivos que no cumplen con los requerimientos técnicos  Cuando por investigación de alguna (IA) demuestren adquisición de medicamentos o dispositivos que no cumplen con los requerimientos técnicos	Extremo / Extremo	NO

Riesgos en Almera

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

sgjalmeraim.com/cgi/secciones/index.php?ar=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgo=1746

Gestión Servicios Complementarios

Inicio | Riesgos | Gestión de Riesgos

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Centro de Gestión Integral  
220 - España, Córdoba

https://sgjalmeraim.com/cgi/secciones/index.php?ar=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgo=1746#substaPage3



Para el riesgo con código GSC24070 se evidencian cuatro (04) controles, no registra Plan de Acción. Se recomienda a los responsables de los procesos asegurar la trazabilidad completa de la gestión del riesgo,

registrando en Almera los planes de acción correspondientes a los controles implementados. Esto permitirá hacer seguimiento efectivo al avance de las medidas preventivas o correctivas, garantizar la mejora continua, y facilitar la evaluación periódica por parte de la Oficina de Control Interno.

### 1.8.2. Bienes y Servicios

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
GBS22006	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de Ejecutar contratos de forma irregular en el Almacén.	Ejecuciones elaborados o manipulados para beneficio de un oferente en particular	Pérdidas Económicas, pérdidas de imagen, investigación y sanción.  Formas de materialización:  Cuando al momento de liquidación del contrato no coincide la relación de ingresos contra lo justificado en el inventario.	Extremo / Extremo	SI
GBS22007	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de elaborar pliegos de condiciones e Invitaciones a Cotizar hechos a la medida de un oferente o marcas en particular	Por estudios previos elaborados o manipulados para beneficio de un oferente en particular. Por la Elaboración o manipulación de los Pliegos de Condiciones o Invitaciones a cotizar que beneficien a un oferente en particular.	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos / Investigaciones / sanciones / intervenciones  Formas de materialización:  Cuando las investigaciones pertinentes por el ente de control respectivo frente a las denuncias o PQRS por corrupción recibidas por la elaboración de pliegos ajustados en beneficio de un tercero determinen su responsabilidad	Extremo / Extremo	SI
GBS22008	Posibilidad de contratar con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportados en listas restrictivas, para beneficio propio o de terceros	Por qué no se realiza verificación de las personas jurídicas y/o naturales en la plataforma con que cuenta el Hospital para verificación de listas restrictivas, una vez presentada la documentación en la participación de los diferentes procesos de contratación.	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos  Formas de materialización:  Cuando se reciban denuncias, llamados o reportes de SARLAFT de	Alto / Alto	SI

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto/Residual)	Plan de acción
		<p>Porque no se presenta informe sobre personas naturales y/o jurídicas que se encuentren reportadas en listas restrictivas.</p> <p>Porque se elaboran contratos con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportadas en listas restrictivas.</p>	<p>personas que se encuentren reportados en listas restrictivas y se encuentren contratadas</p>		

### Riesgos en Almera

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome  
[sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?r=riesgos&opcion=ver\\_riesgo&riesgoId=1738](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?r=riesgos&opcion=ver_riesgo&riesgoId=1738)

Elementos y Servicios

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar el seguimiento a la ejecución del PAA Plan Anual de Adquisiciones, aprobado para la vigencia 2025-2026.	2025-12-31	10% +0
2. Realizar el seguimiento a la ejecución de los contratos vigentes a través del informe de supervisión.	2025-12-31	10% +0
3. Tomar acciones necesarias de acuerdo a los resultados del seguimiento a la ejecución en caso de incumplimiento o necesidad.	2025-12-31	10% +0

3 Actividades (Ver ítems)

Avance ponderado: 10,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
 Almera - Sistema de Gestión Integral  
 2025 - Bogotá, Colombia

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?r=riesgos&opcion=ver\\_riesgo&riesgoId=1738#subtabPage3](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?r=riesgos&opcion=ver_riesgo&riesgoId=1738#subtabPage3)

Buscar

ESP 209 p. In. 27/04/2025

Para el riesgo con código **GBS22006** se evidencian cuatro (04) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 10,00% (al día 22 de Abril de 2025).

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome  
[sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ver\\_risgos&option=ver\\_risgo&risgoid=1739](https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ver_risgos&option=ver_risgo&risgoid=1739)

Actividad

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar la revisión de estudios previos a las necesidades requeridas por las diferentes áreas <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
2. Realizar la aprobación a los diferentes supervisores de las necesidades de ajustar los estudios para su aprobación y autor el proceso correspondiente <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
3. Elaborar las inclinaciones a realizar y el pago de emendaciones de acuerdo a los estudios aprobados <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
4. Tomar las acciones pertinentes de acuerdo a los resultados obtenidos <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0

4 Actividades (Ver todas)

Avance ponderado: 0,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Tercera de Octubre 1099 #1  
2025 - Bogotá, Colombia



Para el riesgo con código **GBS22007** se evidencian cuatro (04) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 0,00% (al día 22 de Abril de 2025). Se recomienda a los responsables de los procesos revisar y activar la ejecución de los planes de acción definidos, así como actualizar de manera oportuna los avances en la plataforma Almera.

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome  
[sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ver\\_risgos&option=ver\\_risgo&risgoid=1743](https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ver_risgos&option=ver_risgo&risgoid=1743)

Actividad

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar la verificación en listas restrictivas de la documentación aportada por los clientes <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
2. Registrar los resultados de la verificación realizada <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
3. Realizar la solicitud al oficial de cumplimiento en caso de encontrar algún reporte negativo <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
4. Elaborar la evaluación de documentos generales donde se evidencia el concepto favorable o no para contratar con el cliente <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0
5. Tomar las acciones pertinentes en caso de desviación <ul style="list-style-type: none"> <li>SARAZEL ANGEL RAMIREZ</li> </ul>	2025-12-31	0% +0

5 Actividades (Ver todas)

Avance ponderado: 0,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Tercera de Octubre 1099 #1  
2025 - Bogotá, Colombia



Para el riesgo con código **GBS22008** se evidencian tres (03) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 0,00% (al día 22 de Abril de 2025). Se recomienda a los responsables de los procesos




revisar y activar la ejecución de los planes de acción definidos, así como actualizar de manera oportuna los avances en la plataforma Almera.

### 1.8.3. Gestión Financiera

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
GF22003	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de modificar el estado de la deuda de la cartera	Vulnerabilidad del sistema de información financiera en la base de datos	Consecuencias: Pérdidas Económicas  Forma de materialización:  Cuando se reciban denuncias o PQRS por corrupción  Cuando resultado de auditoria se observan aceptaciones de glosa que no correspondan  Cuando en los cruces de cartera y frente a soportes entregados por la EAPB se obtengan soportes de aceptación sin el respectivo aval de los responsables a suscribir aceptación	Extremo / Extremo	NO
GF22004	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de aceptar glosas no procedentes	Manipulación por parte de las personas responsables en el trámite de la glosa soportada y su confirmación en el sistema de información dinamica.net, (personal de cartera y objeciones)	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos  Forme de materialización Cuando desde el área de cartera de acuerdo a la radicación realizada por el área de objeciones, confirma las actas de conciliación como las notas crédito realizando aceptaciones por glosas soportadas o levantadas para pago a favor de la ESE.	Extremo / Extremo	NO
GF22012	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros por	Falta de verificación en el cumplimiento de los arqueos de acuerdo a lo establecido en la institución	Pérdidas Económicas  Formas de materialización	Extremo / Extremo	NO



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE



05CIN01-V2

05GIC92-V1

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
	inadecuado manejo (jinetee) en las cajas menores o caja principal, cuentas de anticipos (cuotas moderadoras y/o copagos).		<p>Cuando hay novedades en los arqueos de caja</p> <p>Cuando hay faltantes y sobrantes en los cuadros de caja sin justificación pertinente y validado por la jefe de tesorería</p>		
GF22043	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de no facturar servicios de salud prestados.	<p>Inconsistencias en el cargue de las cuentas en pacientes hospitalizados contra las órdenes de servicios, la mala calidad de la factura, por no validación completa y oportuna.</p> <p>No validación del 100% de las cuentas médicas en prefectura para garantizar la facturación de todos los servicios prestados contra lo descrito en la historia clínica del paciente</p> <p>No tener la disponibilidad del personal completo para el desarrollo de las actividades de:</p> <p>*Cargue diario de cuentas médicas y</p> <p>*Revisión diaria de cuentas médicas.</p>	<p>Pérdidas Económicas</p> <p>FORMAS DE MATERIALIZACIÓN</p> <p>Cuando el área que presto el servicio lo reporta como no facturado</p> <p>Cuando en la revisión de la cuenta se detecta la inconsistencia</p>	Extremo / Extremo	NO



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE



05CIN01-V2

05GIC92-V1



Para el riesgo con código **GF22003** se evidencia un (01) control, no registra Plan de Acción. Se recomienda a los responsables de los procesos asegurar la trazabilidad completa de la gestión del riesgo, registrando en Almera los planes de acción correspondientes a los controles implementados. Esto permitirá hacer seguimiento efectivo al avance de las medidas preventivas o correctivas, garantizar la mejora continua, y facilitar la evaluación periódica por parte de la Oficina de Control Interno.



Para el riesgo con código **GF22004** se evidencia un (01) control, no registra Plan de Acción. Se recomienda a los responsables de los procesos asegurar la trazabilidad completa de la gestión del riesgo, registrando en Almera los planes de acción correspondientes a los controles implementados.



Para el riesgo con código **GF22012** se evidencian tres (03) controles, no registra Plan de Acción. Se recomienda a los responsables de los procesos asegurar la trazabilidad completa de la gestión del riesgo, registrando en Almera los planes de acción correspondientes a los controles implementados.





Para el riesgo con código GF22043 se evidencian tres (03) controles, no registra Plan de Acción. Se recomienda a los responsables de los procesos asegurar la trazabilidad completa de la gestión del riesgo, registrando en Almera los planes de acción correspondientes a los controles implementados.

1.8.4. Ingeniería Hospitalaria

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
IH22010	Posibilidad de recibir o solicitar dactiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de permitir el cobro por actividades no ejecutadas en contratos de obra pública	Informes de obra con información insuficiente  Apoyo inadecuado a la supervisión	Pérdidas Económicas, Investigación, Sanción y Demandas  Formas de materialización: Cuando exista una Investigación por PQRS recibida donde denuncian el pago de actividades de obras no ejecutadas y se evidencia su incumplimiento Cuando por investigación de alguna (IA) demuestren el pago de actividades de obras no ejecutadas y se evidencia su incumplimiento	Extremo / Extremo	SI

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a-riesgos?option=ver\_riesgo&riesgoId=1700

Ingeniería Hospitalaria

Actividad

Actividad	Fin	Requisito	
1. Revisar el documento de apoyo a la Supervisión - Consultarlo en formato para su digitalización -	2025-09-30	0%	10
2. Socializar a las partes interesadas (equipo de coordinación del proceso) el documento de apoyo a la Supervisión aprobado en ALMERA	2025-04-30	0%	10
3. Implementar el documento de apoyo a la Supervisión aprobado en ALMERA por parte del equipo de coordinación del proceso	2025-12-31	0%	10
4. Tomar acciones pertinentes (ajustar el documento de apoyo a la Supervisión) en caso de necesidad.	2025-12-31	0%	10

4 Actividades (Ver todas)

Avance ponderado: 0,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Sistema de Gestión Integrado  
S271 - Bogotá, Colombia

Buscar

11:41 a.m.  
16/04/2025

Para el riesgo con código IH22010 se evidencian dos (02) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 0,00%. Todas las actividades registran avance del 0%. Se recomienda a los responsables de los procesos revisar y activar la ejecución de los planes de acción definidos, así como actualizar de manera oportuna los avances en la plataforma Almera.

### 1.8.5. Gestión de la Información TIC

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
GIS22018	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el acceso indebido de la información contenida en los sistemas	<p>Los funcionarios al retirarse no realizan la inactivación de usuarios</p> <p>Los líderes de proceso no informan oportunamente el retiro del personal</p> <p>Manejo inadecuado de contraseñas</p> <p>Uso inadecuado de dispositivos USB</p>	<p>Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos</p> <p>Perdidas económicas</p> <p>Formas de materialización:</p> <p>Violación a información institucional confidencial (difusión de información a terceros)</p> <p>Demanda o PQRS relacionada con vulnerabilidad de la información (filtración información clasificada) demostrada en investigación</p>	Extremo / Extremo	SI

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

sgualmeraim.com/sg/secciones/index.php?arriesgos&opcion=var\_riesgo&riesgoid=1721

Sección de la Información TIC

Inicio | Inicio | Inicio | Inicio | Inicio

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar seguimiento a los perfiles de acceso a los sistemas de información		
1.1.1. Reporte Clave	2025-12-26	0%
2. Realizar la inactivación de los usuarios de acuerdo a lo establecido en el Manual de Seguridad Informática a través de informe de inactivación de usuarios		
2.1.1. Reporte Clave	2025-12-31	0%
3. Diseñar y socializar una guía orientativa con los aspectos relevantes de seguridad informática para el HUS y sus sedes		
3.1.1. Reporte Clave	2025-12-31	0%
4. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados del Informe de verificación e inactivación de usuarios		
4.1.1. Reporte Clave	2025-12-26	0%
4 Actividades (Ver todas)		Avance ponderado: 0,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Sistema de Gestión Integral  
2024 - Bogotá, Colombia

https://sg.almeraim.com/sg/secciones/index.php?arriesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgoid=1721#subtabPage1



Para el riesgo con código GIS22018 se evidencian cuatro (04) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 0% (al día 22 de Abril de 2025), todas las actividades registran avance del 0%. Se recomienda a los responsables de los procesos revisar y activar la ejecución de los planes de acción definidos, así como actualizar de manera oportuna los avances en la plataforma Almera.

1.8.6. Gestión Jurídica

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
GJ22011	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el vencimiento de términos o la prescripción del mismo	Falta de seguimiento a los procesos  Conflicto de interés.	Condena, sanción, investigación, afectación de imagen y Pérdidas económicas.  FORMAS DE MATERIALIZACIÓN  Al hacer el seguimiento a las etapas procesales se observa inactividad del apoderado sin justa causa	Extremo / Extremo	NO

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

sgl.almerain.com/sg/secciones/index.php?ar=riesgos&option=ver\_riesgo&risgoid=1726

Gestión Jurídica

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Sistema de Gestión Integral  
ISS - 8070 - 910000

https://sgl.almerain.com/sg/secciones/index.php?ar=riesgos&option=ver\_riesgo&risgoid=1726#controlPage3



Para el riesgo con código GJ22011 se evidencian cuatro (04) controles, no registra Plan de Acción. Se recomienda a los responsables de los procesos asegurar la trazabilidad completa de la gestión del riesgo, registrando en Almera los planes de acción correspondientes a los controles implementados. Esto permitirá hacer seguimiento efectivo al avance de las medidas preventivas o correctivas, garantizar la mejora continua, y facilitar la evaluación periódica por parte de la Oficina de Control Interno.

1.8.7. Gestión de Tecnología Biomédica

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
TB22009	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar cambios de repuestos y/o mantenimientos correctivos de la tecnología biomédica sin necesidad o diagnóstico técnico	<p>Que se reporte el requerimiento de repuestos adicionales innecesarios para habilitar un equipo biomédico sin justificación en particular</p> <p>Que se haga requerimiento de repuestos sin justificación para prevenir daños de equipos biomédicos que se encuentren operativos al momento del requerimiento</p> <p>Que los repuesto sean suministrados pero no se instalen en los equipos biomédicos</p>	<p>Pérdidas Económicas, investigación. Sanción, afectación de imagen.</p> <p>Formas de materialización</p> <p>Cuando se cambien insumos y/o repuestos sin justificación que permita ser trazada en la historia técnica del equipo.</p>	Extremo / Extremo	SI

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

sqlalmeraim.com/sg/secciones/index.php?r=riesgos&opcion=var\_riesgo&riesgo=1791



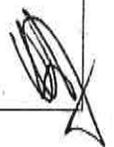
El sistema muestra una lista de riesgos con los siguientes datos:

Código	Descripción	Estado
1791	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar cambios de repuestos y/o mantenimientos correctivos de la tecnología biomédica sin necesidad o diagnóstico técnico	0%
1792	...	0%
1793	...	0%
1794	...	0%
1795	...	0%
1796	...	0%
1797	...	0%
1798	...	0%
1799	...	0%
1800	...	0%

Barra de búsqueda: Buscar

Estado: 2:18 p.m. 22/04/2025

Para el riesgo con código TB22009 se evidencian tres (03) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 0,00% (al día 22 de Abril de 2025). Todas las actividades registran avance del 0%, fecha máxima de subir el soporte hasta el día 31 de Diciembre de 2025.



1.8.8. Gestión del Talento Humano

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
TH22039	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar pagos injustificados u omisión de pagos relacionados con la nómina.	Reporte inoportuno Novedades de Nomina.  Revisión inadecuada de liquidación Nomina	Pérdidas Económicas Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos Formas de materialización: cuando se liquida la nómina sin la información real registrada en las novedades  Cuando en la revisión posterior por parte del técnico evidencia inconsistencias y no son subsanadas o no son detectadas.  Cuando el trabajador hace reclamación sobre los pagos registrados en el desprendible y posterior a la revisión se evidencie error.  Cuando el trabajador hace reclamación sobre los pagos registrados en el desprendible y posterior a la revisión se evidencie error.	Alto / Alto	SI
TH22041	Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de modificar perfiles acorde a un particular y no al cargo requerido por la dependencia correspondiente	Perfiles de cargo y/o manual de funciones desactualizados  Cambios en la legislación que impacten en el proceso de talento humano.	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ Sanciones disciplinarias, administrativas y/o fiscales, intervención.  Formas De Materialización: Cuando realizan auditorias y evidencian que un Colaborador no cumple con los requisitos de formación y/o experiencia requerido para desempeñar las funciones o actividades asignadas Cuando el trabajador	Alto / Alto	SI

Código	Riesgo	Causas	Consecuencias	Zona de Riesgo (Absoluto / Residual)	Plan de acción
			seleccionado y contratado no cumple con lo establecido en la normatividad.		

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

https://sgi.almercam.com/cgi/secciones/index.php?ta=riesgo&opcion=ver\_riesgo&risgoid=1720

Gestión del Sistema de Riesgos

Inicio | Gestión de Riesgos | Gestión de Actividades | Gestión de Seguimiento

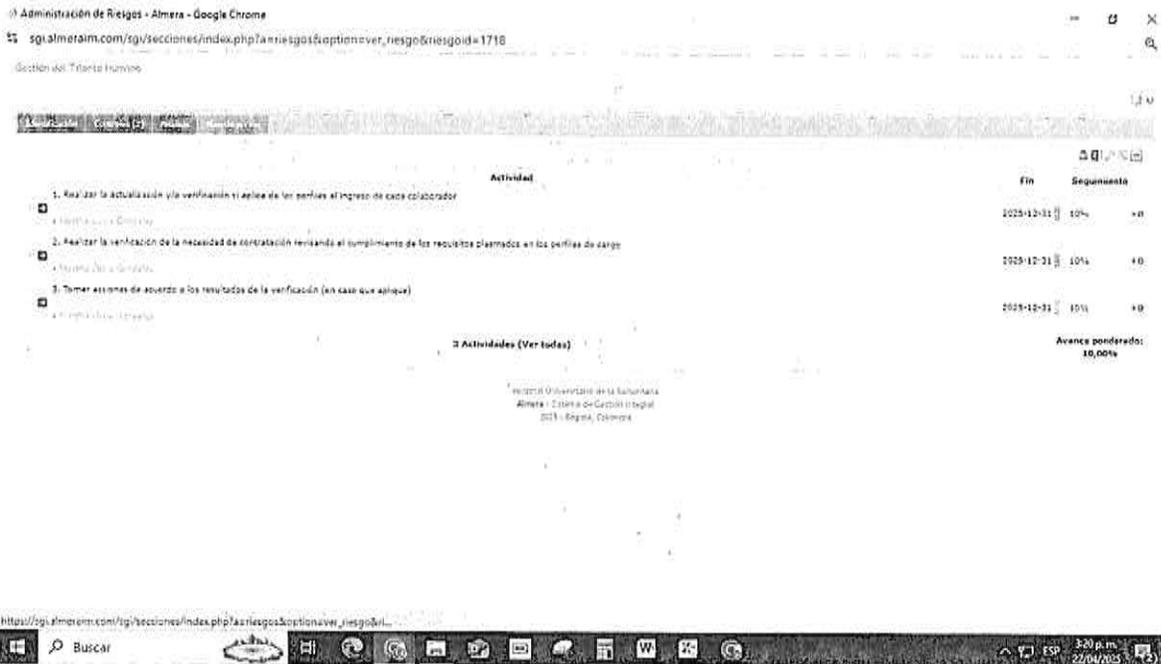
Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar la revisión de las movidas y la prenomina de manera manual	2025-12-31	25%
2. Realizar el reporte de incidencias por desviaciones identificadas en la liquidación de la prenomina	2025-12-31	25%
3. Realizar la verificación de la nómina final con los ajustes pertinentes	2025-12-31	25%
4. Tomar las acciones pertinentes en caso de desviaciones detectadas en caso que aplique	2025-12-31	25%
<b>4 Actividades (Ver todas)</b>	<b>Avance ponderado: 25,00%</b>	

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Sistema de Gestión de Riesgos  
2025 - SGI, S.A. Almería

https://sgi.almercam.com/cgi/secciones/index.php?ta=riesgo&opcion=ver\_riesgo...



Para el riesgo con código TH22039 se evidencian dos (02) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 25% (al día 22 de Abril de 2025).



Para el riesgo con código TH22041 se evidencian dos (02) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 10% (al día 22 de Abril de 2025).

### 1.9. Evaluación de controles

De acuerdo con lo establecido en la sección 1.8, donde se identificaron los controles asignados a cada riesgo, se procederá a realizar su evaluación conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), descritos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (Versión 6, Sección 3.2.2).

#### Lineamientos para tener en cuenta:

Estructura para la descripción del control: para una adecuada redacción del control se propone una estructura que facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:

- Responsable de ejecutar el control: Identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- Acción: Se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- Complemento: Corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

#### Tipología y atributos:

Características		Descripción		Peso
Atributos de	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%

Características		Descripción		Peso
eficiencia		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.	25%
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano	15%
Atributos informativos	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso .	-
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	-
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	-
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

Por tal motivo, se procedió a realizar una revisión en la plataforma Almera, se encontró lo siguiente:

Proceso	N. de Controles	Descripción y/o recomendación de los controles
Gestión Servicios Complementarios	4	Todos los controles del proceso cumplen con los mínimos exigidos por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles del DAFP. No obstante, dos de ellos (el tercero con código 4352401 y el cuarto con código 4362401) requieren ajustes en su formulación para fortalecer aspectos como la claridad del responsable, la precisión en la acción definida y la separación de funciones, con el fin de mejorar su controlabilidad y eficacia..
Bienes y Servicios	11	De los 11 controles evaluados, 10 cumplen adecuadamente con los lineamientos del DAFP, presentando responsables claramente definidos, acciones precisas y complementos bien estructurados. Sin embargo, el control número 4 (código 5502411) requiere ajustes en la precisión del responsable y la frecuencia, cuando se hace. A pesar de esto, la acción y el complemento están completamente entendibles y alineados con los objetivos de control.
Gestión Financiera	8	8 de los 8 controles cumplen adecuadamente con los lineamientos del DAFP, con responsables claramente definidos, acciones precisas y complementos bien estructurados.
Ingeniería	2	Los 2 controles evaluados cumplen con los lineamientos del DAFP, al contar con

Proceso	N. de Controles	Descripción y/o recomendación de los controles
Hospitalaria		responsable definido, acción clara y complemento adecuadamente detallado. Aunque presentan una redacción similar, aplican a distintos formatos de verificación y están alineados con los requerimientos del control interno.
Gestión de la Información TIC	4	Los 4 controles evaluados cumplen con los lineamientos establecidos en la Guía del DAFP, ya que presentan una redacción clara y estructurada, con responsables definidos, acciones precisas y complementos que permiten entender y controlar adecuadamente los procesos tecnológicos y de seguridad informática.
Gestión Jurídica	4	Los 4 controles evaluados cumplen con los lineamientos del DAFP, presentando una estructura clara y completa con responsables definidos, acciones verificables y complementos suficientemente detallados que permiten la trazabilidad, control y seguimiento adecuado de los procesos judiciales en la entidad.
Gestión de Tecnología Biomédica	3	Los 3 controles evaluados cumplen adecuadamente con los lineamientos del DAFP, ya que cuentan con responsables claramente definidos, acciones verificables y complementos bien estructurados, lo que permite una gestión efectiva de las actividades de mantenimiento y control técnico del proceso de tecnología biomédica.
Gestión del Talento Humano	4	Los 4 controles evaluados cumplen con los lineamientos del DAFP, ya que presentan una estructura clara, con responsables bien definidos, acciones específicas y complementos suficientes para garantizar trazabilidad y control en la gestión de personal, nómina y cumplimiento de requisitos.

De acuerdo a los controles se evidencia que tienen una descripción detallada del control, Los controles evaluados cuentan con una frecuencia definida y adecuada.

Sin embargo en el proceso Gestión de Servicios Complementarios se identificó que dos controles (códigos 4352401 y 4362401) requieren ajustes en su formulación según lineamientos del DAFP, debido a deficiencias en la claridad del responsable, la precisión de la acción de control y la separación de funciones. Se recomienda reformular estos controles para mejorar su controlabilidad y eficacia, asegurando su alineación con los criterios técnicos del DAFP.

En el proceso de Bienes y Servicios se evidenció que de los 11 controles registrados, el control número 4 (código 5502411) requiere ajustes técnicos en la precisión del responsable y la frecuencia de aplicación, de acuerdo con los lineamientos del DAFP. Aunque la acción y su complemento están correctamente formulados y alineados con el objetivo del control, estos aspectos limitan su trazabilidad. Se recomienda realizar los ajustes necesarios para asegurar una ejecución más efectiva del control.

Contar con una periodicidad clara fortalece la eficacia, controlabilidad y seguimiento de los mismos conforme a los lineamientos del DAFP.

### 1.10. Encuesta “Autoevaluación de la implementación del SICOF en la Política Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción. Vigencia 2025”

Mediante el comunicado con consecutivo Orfeo CI2025500000353, fechado el 10 de abril del 2025, y a través de un correo electrónico enviado el mismo día, se compartió la encuesta titulada “Autoevaluación de la implementación del SICOF en la Política Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción. Vigencia 2025”. Dicha encuesta fue aplicada durante una reunión remota llevada a cabo el viernes 11 de abril de 2025, de 10:00 a.m. a 12:10 p.m., a través del enlace: <https://meet.google.com/abm-udms-msh>. Se citaron a setenta y siete (77) responsables de todos los procesos. De los cuales cincuenta y nueve (59) diligenciaron la encuesta, lo que corresponde al 81% de participación en los procesos socializados.

Los responsables de Proceso que representan el 19% de los citados que fueron socializados y que NO participaron en dar respuesta a las preguntas relacionadas en la encuesta fueron los siguientes:

RESPONSABLE DE PROCESO NO PRESENTARON ENCUESTA	
1	Carlos Fernando González Prada - Director Administrativo
2	William Mauricio Riveros Castillo – Subdirector Neurocirugía
3	Gabriel Angel Ramirez Barbosa - Proceso Bienes y Servicios
4	Solanyi Esperanza Garzon Avila - Proceso Inteligencia de Mercados
5	German Fabián Cendales Castellanos - Líder estadística
6	Angélica María Gómez Nova - Líder De Facturación
7	Lina María Morales Camacho - Líder Patología
8	María Marcela Jiménez - Líder Consulta Externa
9	Elizabeth Castillo Fetecua - Líder Trabajo Social
10	Jenny Marcela Muñoz Cuervo - Líder De Esterilización
11	Magda Bibiana Rodríguez Rodríguez – Nutricionista
12	Cristian Camilo Jimenez (Imágenes De La Sabana) – Coordinación Unidad Funcional
13	Angela Maria Gomez Vargas – Líder Publica
14	Luisa Alejandra Espinosa Polo - Líder Enfermería

Realizando el análisis respectivo a cada una de las respuestas obtenidas de cincuenta y nueve (59) responsables de proceso a las diecisiete (17) preguntas planteadas en la encuesta una vez tabulada y calificada se obtuvieron los siguientes resultados:

#### 1.10.1. Tabulación de las respuestas

A continuación se relacionan las respuestas entregadas por cada uno de los procesos a las preguntas:

No.	Pregunta	% de asertividad en general
1.	En la gestión pública, la rendición de cuentas se refiere al proceso mediante el cual:	(96)%
2.	¿Cuáles considera que son las principales fortalezas identificadas en el proceso de auditoría relacionado con el seguimiento a los riesgos y controles de corrupción dentro de la entidad?	ABIERTA
3.	¿Cuáles considera que son las principales debilidades u oportunidades de mejora en el proceso de auditoría relacionado con el seguimiento a los riesgos y controles de corrupción dentro de la entidad?	ABIERTA
4.	¿Cuáles considera que son los ejes de acreditación que se articulan con el proceso de auditoría sobre el seguimiento a los riesgos y controles de corrupción en la entidad?	ABIERTA
5.	¿Cuáles de los siguientes aspectos forman parte del proceso de formulación, comunicación y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del hospital?	(96)%
6.	¿Cuáles son las principales estrategias que utiliza el Hospital para abordar los riesgos de corrupción?	(100)%
7.	¿Cuál es el principal canal de comunicación establecido por el hospital para que los ciudadanos presenten denuncias sobre actos de corrupción?	(96)%
8.	¿Cuántos riesgos de corrupción ha identificado el Hospital Universitario de la Samaritana en su análisis de riesgos?	(69)%
9.	Si un empleado del hospital observa una posible irregularidad en un proceso de contratación, ¿qué acción debería tomar según las políticas institucionales?	(96)%
10.	¿En cuáles de los siguientes procesos o subprocesos el Hospital Universitario de la Samaritana ha identificado riesgos de corrupción?	(73)%
11.	Durante la vigencia evaluada, ¿se materializó alguno de los riesgos de corrupción identificados en el Hospital Universitario de La Samaritana? En caso afirmativo, indique cuáles fueron y describa brevemente la situación.	ABIERTA
12.	¿Cuál de los siguientes mecanismos de control interno es fundamental para prevenir actos de corrupción en la contratación de personal en el Hospital Universitario de la Samaritana?	(57)%
13.	¿Cuál es el principal método que utiliza el Hospital Universitario de la Samaritana para evaluar la efectividad de sus programas de capacitación en ética y transparencia dirigidos al personal administrativo?	(30)%
14.	¿Cuál de las siguientes acciones ha sido prioritaria para el Hospital Universitario de la Samaritana en su esfuerzo por fomentar una cultura organizacional orientada a la transparencia y la integridad?	(21)%
15.	¿Cuál de las siguientes acciones es clave para que el Hospital Universitario de la Samaritana asegure la transparencia en sus procesos de adquisición de bienes y servicios?	(90)%
16.	¿Cuál de los siguientes indicadores es más efectivo para que el Hospital Universitario de la Samaritana mida el impacto de sus políticas anticorrupción?	(71)%
17.	¿Cuál fue la principal modificación implementada en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) durante la vigencia actual, en el marco de los	(94)%

No.	Pregunta	% de asertividad en general
	lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)?	

Las calificaciones por proceso se distribuyen de la siguiente manera:

Procesos			% Respuestas Correctas
1	Miller Ahumada Cufiño	Ingeniería hospitalaria	41%
2	Luis Augusto Olaya Palacios	Proceso Gestión de la Información TIC	64%
3	Nubia Guerrero Preciado	Directora Atención al Usuario	70%
4	Maria Teresa Ospina Cabrera	Subdirector Unidad de Cuidado Intensivo	70%
5	Carmen Yamile Gomez Rodriguez	Líder de Proyecto de Nutrición	70%
6	Wanderley Orjuela Barreto	Líder de Proyecto de Farmacia	70%
7	Gustavo Axel Vargas Galindo	Director Científico	76%
8	Yanet Cristina Gil Zapata	Directora Financiera	76%
9	Nestor Andres Rodriguez Ordoñez	Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá	76%
10	Marlesby Sotelo Puerto	Subdirectora Contabilidad	76%
11	Claudia Yadira Cifuentes Sosa	Líder Proyecto Almacén General	76%
12	Nelcy Lizeth Muñoz Rodriguez	Líder biomédica	76%
13	Ruben Mauricio Urrego Moscoso	Líder de urgencias	76%
14	Jonier Ovidio Rivera Castañeda	Ingeniería Hospitalaria	76%
15	Adriana Vanessa Caballero Hernandez	Coordinadora de Apoyo y Enlace Administrativo Sede HR Y UF Zipaquirá	82%
16	Jesus Alfonso Cruz Vargas	Subdirector Cirugía General	82%
17	Omar Roberto Peña Diaz	Subdirector Ortopedia	82%
18	Juan Carlos Molina Guevara	Proceso Tecnología Biomédica	82%
19	Carlos Harvey Jaimes	Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos	82%
20	Carlos Julio Garcia Perlaza	Subdirector Ginecología	82%
21	Ruth Margoth Rojas Rodriguez	Proceso Apoyo Diagnóstico	82%
22	Yamile Andrea Ubaque Rodriguez	Proceso Gestión Servicios Complementarios	82%
23	Alexandra Beltran Suarez	Proceso Gestión Servicios Ambulatorios	82%
24	Keile Jessel Rondon Esquivel	Proceso Gestión Servicios de Urgencias	82%
25	Martha Cecilia Arias Portillo	Proceso Gestión de Salud Pública	82%
26	Clery Luz Tara pues	Líder Proyecto (e) Cuentas Medicas	82%

27	Heydi Xiomara Acero Paez	Líder de almacén	82%
28	Tatiana Milena Linero Gonzalez	Coordinadora imágenes de la sabana	82%
29	Margaret Iizbet Montero Moreno	Líder unidad quirúrgica	82%
30	Valentina Corredor Ramirez	Gestión Integrada de la Calidad	82%
31	Eslendy Yinet Robayo Muñoz	Gestión Integrada de la Calidad	82%
32	Laura Camila Buitrago Bulla	Atención al usuario familia y la comunidad	82%
33	Karla Paola Corredor Salazar	Gestión de servicios Quirúrgicos	82%
34	Wilmar Fernando Jiménez Guerrero	Bienes y servicios	82%
35	Claudia Pilar Contreras Contreras	Gestión de la información	82%
36	Maria Angelica Forero Ahumada	Gestión de la información	82%
37	Omar Alberto Vargas Angarita	Bienes y servicios	82%
38	Paola Alejandra Pineda Garzon	Gestión de servicios Ambulatorio	82%
39	Dania Lizzeth Bello Parra	Ingeniera ambiental	82%
40	Sharon Yinibeth Pineda Caicedo	Líder De Farmacia	82%
41	Javier Prieto Rodriguez	Ingeniero De Sistemas	82%
42	Luz Dary Ruiz Romero	Subdirectora de Personal	88%
43	Luisa Alejandra Pardo Rico	Proceso Gestión Servicios Hospitalarios	88%
44	Martha Lucia Gonzalez	Talento Humano y Proceso Gestión de Hotelería Hospitalaria	88%
45	Jeffrey Manolo Torres Valladares	Proceso Ingeniería Hospitalarias	88%
46	Jenny Paola Alonso Luengas	Líder de enfermería	88%
47	Sonia Mayerly González Forigua	Gestión servicios complementarios	88%
48	Ana María Villegas Wagner	Líder De Seguridad Del Paciente	88%
49	Ángela Daniela Pastrana Gonzalez	Profesional en gestión del riesgo	88%
50	Laura Ximena Pachón Pachón	Líder De Hotelería	88%
51	Edgar Humberto Rodriguez Benavides	Jefe Oficina Asesora Jurídica / Líder Proyecto Control Interno Disciplinario	94%
52	Ana Carolina Serna Rubio	Coordinadora Sede UF Zipaquirá	94%
53	Andrea Corredor Garnica	Coordinadora auditoría médica	94%
54	Andres Enrique Jimenez Burgos	Profesional de sistemas de información	94%
55	Maria Isabel Plazas	Líder salud pública	94%
56	Zulanyi Katerin Morales	Bacterióloga	94%
57	Liby Paola Parada Castro	Líder terapias	94%
58	Karen Sofia Caviedes Páez	Líder de calidad	94%

59	Leonardo Duarte Diaz	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	100%
----	----------------------	---	------

Durante el proceso de auditoría 2025, se aplicó la encuesta institucional con el fin de valorar el nivel de conocimiento y apropiación de los mecanismos implementados en el marco del Sistema de Control Interno para la Lucha contra la Corrupción (SICOF).

De acuerdo con la información disponible, durante la vigencia evaluada se identificaron dos respuestas afirmativas frente a la materialización de riesgos de corrupción durante la vigencia evaluada. El proceso de **Gestión de Servicios Complementarios** reportó seis situaciones asociadas a riesgos institucionales que, aunque afectan la eficiencia, la calidad del servicio y la percepción ciudadana, presentan una relación indirecta con posibles escenarios de corrupción. Estas situaciones fueron:

- Fallas en la atención de imágenes diagnósticas.
- Pérdida de información crítica por mal manejo de sistemas.
- Cancelaciones en consulta externa por causas institucionales.
- Errores en facturación y parametrización (CUPS/CUMS).
- Fuga de usuarios por fallas en procesos y demoras en código púrpura.
- Sanciones por mala gestión de PQRSD.

Si bien estas situaciones no evidencian hechos de corrupción como tal, representan debilidades que podrían derivar en conductas inapropiadas si no se gestionan oportunamente.

Por su parte, desde la **Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y la Oficina Asesora Jurídica y Proyecto Control Interno Disciplinario**, se reportó un caso concreto en el proceso de adquisición de bienes, en el cual un proveedor intentó alterar documentos. Este evento fue gestionado a través del Comité de Ética, activando los protocolos establecidos y fortaleciendo los controles en la verificación documental contractual.

Se recomienda continuar fortaleciendo los mecanismos de reporte, monitoreo y control de los riesgos de corrupción, especialmente en procesos críticos como contratación, atención al usuario, gestión documental, tecnologías de la información y prestación de servicios.

Específicamente, se evidenció un bajo nivel de efectividad en las respuestas a las siguientes preguntas:

**Pregunta 8:** ¿Cuántos riesgos de corrupción ha identificado el Hospital Universitario de la Samaritana en su análisis de riesgos?

Su efectividad fue de 69% y la respuesta correcta es "14 riesgos pertenecen a la tipología SICOF, de los cuales 13 corresponden a la subtipología de Corrupción y 1 a la subtipología de Lavado de Activos".

La mayoría de los encuestados no identificó correctamente la cantidad y clasificación de los riesgos, lo que evidencia un desconocimiento del análisis institucional de riesgos de corrupción. Se recomienda reforzar la divulgación del análisis de riesgos institucionales, incluyendo infografías o boletines explicativos sobre el número y tipo de riesgos identificados.

**Pregunta 12:** ¿Cuál de los siguientes mecanismos de control interno es fundamental para prevenir actos de corrupción en la contratación de personal?

Su efectividad fue de 57% y la respuesta correcta es "Todas las anteriores son igualmente importantes".

El bajo porcentaje de aciertos indica que existe una visión fragmentada sobre los controles implementados en el proceso de vinculación de personal. Se recomienda incluir en las capacitaciones ejemplos integrales del proceso de selección, resaltando la importancia conjunta de antecedentes, pruebas psicotécnicas y seguimiento en periodo de prueba.

**Pregunta 13:** ¿Cuál es el principal método que utiliza el Hospital para evaluar la efectividad de sus programas de capacitación en ética y transparencia?

Su efectividad fue del 30% y la respuesta correcta es "Análisis de la disminución de incidentes relacionados con faltas éticas".

El bajo nivel de conocimiento sobre los mecanismos de evaluación sugiere una desconexión entre la formación recibida y los resultados esperados por la institución. Se recomienda socializar los criterios de medición del impacto de las capacitaciones, incorporando esta información en los cursos de inducción y refuerzo.

**Pregunta 14:** ¿Cuál de las siguientes acciones ha sido prioritaria para fomentar una cultura organizacional orientada a la transparencia?

Su efectividad fue del 21% y la respuesta correcta es: "Publicación periódica de informes de gestión".

Se identificó que la mayoría de los encuestados respondió que la acción prioritaria del Hospital en materia de transparencia era la implementación de un "código de ética". Esta confusión puede explicarse porque el Hospital dejó de usar el "código de ética" y ahora trabaja con un "código de integridad", siguiendo las directrices del gobierno nacional. Aunque ambos buscan promover buenos comportamientos, el código de integridad es más completo y actualizado.

Este código de integridad no solo incorpora principios éticos, sino que también promueve valores, comportamientos esperados y compromisos institucionales que fortalecen la cultura de transparencia e integridad. La confusión entre ambos conceptos evidencia la necesidad de fortalecer la comunicación interna y los espacios de formación para asegurar que todo el personal comprenda esta actualización.

Se recomienda promover campañas institucionales sobre transparencia, incluyendo la difusión activa de los informes de gestión mediante medios digitales y carteleras físicas.

#### **Conclusión de las Recomendaciones:**

- Diseñar e implementar capacitaciones focalizadas, que incluyan no solo la explicación del contenido del PAAC, sino también ejercicios prácticos sobre su aplicación.
- Refrescar la formación en tipologías y subtipologías de riesgos del SICOF, incluyendo el contexto y ejemplos del entorno hospitalario.
- Mejorar los canales de comunicación interna, asegurando que las acciones como la publicación de informes de gestión sean difundidas y comprendidas por todos los niveles de la organización.
- Monitorear la apropiación de contenidos clave mediante encuestas periódicas de conocimiento y percepción, que permitan evaluar avances concretos y ajustar las estrategias de mejora.

### 1.10.2. Debilidades y fortalezas detectadas

Como se mencionó anteriormente, se les preguntó a los líderes de procesos sobre las debilidades y fortalezas relacionadas con el ejercicio y/o actividad de auditoría, a lo cual respondieron:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramienta sistematizada en Almera para la gestión de riesgos de corrupción.</li> <li>• Controles preventivos y correctivos definidos para cada riesgo identificado.</li> <li>• Seguimiento y trazabilidad documentada de riesgos y controles.</li> <li>• Ejecución periódica de auditorías internas y externas.</li> <li>• Uso de herramientas tecnológicas para monitoreo de riesgos.</li> <li>• Capacitación continua en ética y transparencia.</li> <li>• Política anticorrupción clara, implementada y socializada.</li> <li>• Identificación y evaluación de riesgos con enfoque preventivo.</li> <li>• Existencia de canales de denuncia y mecanismos para gestión de conflictos de interés.</li> <li>• Compromiso institucional con la transparencia y el control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización no oportuna del mapa de riesgos.</li> <li>• Débil articulación entre áreas responsables (Control Interno, Talento Humano, Contratación).</li> <li>• Limitado despliegue de la política anticorrupción en sedes (UFZ, HRZ).</li> <li>• Escasa apropiación del tema de corrupción por parte del personal.</li> <li>• Falta de personal calificado y recursos para implementar auditorías.</li> <li>• Rotación frecuente del talento humano, afecta la continuidad de las acciones.</li> <li>• Bajo empoderamiento y comunicación efectiva sobre los riesgos institucionales.</li> <li>• Seguimiento limitado a planes de mejora derivados de auditorías.</li> <li>• Débil cultura de autocontrol y reporte en algunas áreas.</li> <li>• Limitación de la cobertura y la presencialidad en auditorías, especialmente en sedes descentralizadas.</li> </ul>

A partir del análisis consolidado de las respuestas de los evaluados, entre las principales fortalezas, se destaca la existencia de una política anticorrupción clara y desplegada, el uso de herramientas tecnológicas como Almera para la identificación y seguimiento de riesgos, la implementación de controles preventivos y correctivos, y la ejecución de auditorías internas y externas con trazabilidad documentada. Asimismo, se resalta el compromiso institucional con la transparencia y la capacitación continua del personal en temas éticos y de control.

No obstante, también se identificaron debilidades relevantes que constituyen oportunidades de mejora. Entre ellas, la falta de actualización periódica del mapa de riesgos, la desarticulación entre dependencias claves, el despliegue limitado de la política anticorrupción en todas las sedes de la red, la insuficiencia de personal calificado, y una apropiación institucional aún incipiente por parte del talento humano. Adicionalmente, se evidencian deficiencias en los canales de denuncia, en la divulgación de resultados de auditoría, así como en la continuidad de las acciones debido a la rotación del personal.

Este diagnóstico permite orientar acciones que fortalezcan el enfoque preventivo, promuevan la articulación entre áreas y aseguren una cobertura más amplia y efectiva del control del riesgo de corrupción en toda el Hospital Universitario de la Samaritana.

### 1.10.3. Ejes de acreditación

En las respuestas a la consulta realizada sobre los ejes de acreditación que se articulan con el proceso de auditoría al seguimiento de los riesgos y controles de corrupción, los evaluados coincidieron en señalar como eje transversal y predominante el Enfoque y Gestión del Riesgo, el cual se relaciona directamente con la identificación, análisis, control y monitoreo del riesgo de corrupción en los distintos procesos institucionales.

Asimismo, se destacó la Transformación Cultural como un factor clave para fomentar una cultura organizacional basada en la ética, la integridad y la cero tolerancia frente a actos de corrupción. Esta transformación se vincula estrechamente con la Ética Organizacional, la Responsabilidad Social y la Participación Ciudadana, que se consideran pilares fundamentales en la promoción de la transparencia y el control social.

Otros ejes frecuentemente mencionados fueron el Direccionamiento Estratégico, por su rol en la consolidación del liderazgo institucional, la orientación hacia la integridad y la implementación de políticas anticorrupción; la Gestión del Talento Humano, en cuanto a la formación continua en valores y principios éticos; la Gestión de la Información, por su importancia en garantizar la trazabilidad y la transparencia de las decisiones; y la Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo, como reflejo de la articulación entre el control de riesgos asistenciales y administrativos, incluyendo los relacionados con corrupción.

También se identificó la Gestión de la Tecnología como facilitadora de mecanismos de control, trazabilidad, denuncias y transparencia, y se resaltó la importancia de contar con un Sistema de Control Interno robusto, alineado con los marcos normativos y de acreditación.

En conjunto, los aportes recibidos reflejan una comprensión amplia de los componentes del modelo de acreditación en salud que inciden en la prevención de la corrupción, y reafirman la necesidad de fortalecer la articulación entre los procesos de auditoría, control institucional y cultura ética organizacional en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

### 1.10.4. Respuestas a preguntas formuladas en la encuesta

Las respuestas correctas de la encuesta mencionada son:

**Pregunta 1.** En la gestión pública, la rendición de cuentas se refiere al proceso mediante el cual:  
Respuesta correcta: b) El gobierno u organización explica y justifica sus acciones y decisiones ante los ciudadanos o partes interesadas.

**Pregunta 2.** ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas identificadas en el proceso de auditoría relacionado con el seguimiento a los riesgos y controles de corrupción dentro de la entidad?  
Respuesta Abierta.

**Pregunta 3.** ¿Cuáles considera que son las principales debilidades u oportunidades de mejora en el proceso de auditoría relacionado con el seguimiento a los riesgos y controles de corrupción dentro de la entidad?  
Respuesta Abierta.

**Pregunta 4.** ¿Cuáles considera que son los ejes de acreditación que se articulan con el proceso de auditoría sobre el seguimiento a los riesgos y controles de corrupción en la entidad?  
Respuesta Abierta.

**Pregunta 5.** ¿Cuáles de los siguientes aspectos forman parte del proceso de formulación, comunicación y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del hospital?

Respuesta correcta: d) Todas las anteriores.

**Pregunta 6.** ¿Cuáles son las principales estrategias que utiliza el Hospital para abordar los riesgos de corrupción?

Respuesta correcta: a) Prevenir y minimizar el impacto de los riesgos / c) Mitigar y evitar el Riesgo

**Pregunta 7.** ¿Cuál es el principal canal de comunicación establecido por el hospital para que los ciudadanos presenten denuncias sobre actos de corrupción?

Respuesta correcta: b) Correo electrónico específico para denuncias (denunciacorrupcion@hus.org.co).

**Pregunta 8.** ¿Cuántos riesgos de corrupción ha identificado el Hospital Universitario de la Samaritana en su análisis de riesgos?

Respuesta correcta: a) 14 riesgos pertenecen a la tipología SICOF, de los cuales 13 corresponden a la subtipología de Corrupción y 1 a la subtipología de Lavado de Activos.

**Pregunta 9.** Si un empleado del hospital observa una posible irregularidad en un proceso de contratación, ¿qué acción debería tomar según las políticas institucionales?

Respuesta correcta: c) Reportar la irregularidad a través del canal de denuncias establecido

**Pregunta 10.** ¿En cuáles de los siguientes procesos o subprocesos el Hospital Universitario de la Samaritana ha identificado riesgos de corrupción?

Respuesta correcta: g) Todas las anteriores

**Pregunta 11.** Durante la vigencia evaluada, ¿se materializó alguno de los riesgos de corrupción identificados en el Hospital Universitario de La Samaritana? En caso afirmativo, indique cuáles fueron y describa brevemente la situación.

Respuesta Abierta.

**Pregunta 12.** ¿Cuál de los siguientes mecanismos de control interno es fundamental para prevenir actos de corrupción en la contratación de personal en el Hospital Universitario de la Samaritana?

Respuesta correcta: d) Todas las anteriores son igualmente importantes.

**Pregunta 13.** ¿Cuál es el principal método que utiliza el Hospital Universitario de la Samaritana para evaluar la efectividad de sus programas de capacitación en ética y transparencia dirigidos al personal administrativo?

Respuesta correcta: c) Análisis de la disminución de incidentes relacionados con faltas éticas.

**Pregunta 14.** ¿Cuál de las siguientes acciones ha sido prioritaria para el Hospital Universitario de la Samaritana en su esfuerzo por fomentar una cultura organizacional orientada a la transparencia y la integridad?

Respuesta correcta: d) Publicación periódica de informes de gestión

**Pregunta 15.** ¿Cuál de las siguientes acciones es clave para que el Hospital Universitario de la Samaritana asegure la transparencia en sus procesos de adquisición de bienes y servicios?

Respuesta correcta: d) Todas las anteriores son igualmente importantes.

**Pregunta 16.** ¿Cuál de los siguientes indicadores es más efectivo para que el Hospital Universitario de la Samaritana mida el impacto de sus políticas anticorrupción?

Respuesta correcta: c) Reducción en la frecuencia de incidentes relacionados con corrupción.

**Pregunta 17.** ¿Cuál fue la principal modificación implementada en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) durante la vigencia actual, en el marco de los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)?

Respuesta correcta: b) Se incorporó el Programa de Transparencia y Ética Empresarial

### 1.11. Estándares de acreditación asociados a la auditoría:

Según el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia los estándares de acreditación asociados con la auditoría de Seguimiento a los Riesgos y Controles de Corrupción son:

#### 1.11.1. Estándar 92. Código: (GER. 4)

La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:

Criterios:

- Responde a una política organizacional.
- Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
- Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.
- Realiza acciones de evaluación y mejora.

#### 1.11.2. Estándar 97. Código: (GER.9)

La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.

**Nota aclaratoria:** Aunque el estándar hace referencia al "código de ética", el Hospital Universitario de la Samaritana ha adoptado el código de integridad como evolución de dicho instrumento. Este cambio responde a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y a la Política de Integridad del Estado Colombiano, e integra los valores, principios y comportamientos esperados de los servidores públicos, promoviendo una cultura organizacional basada en la transparencia, el respeto, la responsabilidad, la justicia y el compromiso.

#### 1.11.3. Estándar 100. Código: (GER.12)

Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:

Criterios:

- Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo
- Monitorización y gestión de la cartera.
- Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.

- Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- Análisis de la productividad.
- Análisis de costos.
- Gestión de inventarios.
- Gestión de seguros.
- Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
- Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.
- Auditoría y mejoramiento de procesos.
- Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,
- Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades

### 1.12. Componentes y elementos del MECI

Es importante recordar que la articulación entre los sistemas de gestión institucional se establece a partir del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en el cual el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) se integra como la séptima dimensión: Evaluación de resultados.

Dentro de esta integración, se destacan objetivos fundamentales del control interno, indispensables para el desarrollo de auditorías, como en el caso de esta auditoría de Seguimiento a los Riesgos y Controles de Corrupción. Estos objetivos incluyen:

- Obtener información veraz, segura y oportuna.
- Proteger los recursos de la entidad.
- Procurar eficiencia y efectividad en las operaciones.
- Prevenir errores, irregularidades o detectarlos oportunamente.

La adecuada articulación entre el MIPG y el MECI no solo fortalece la capacidad del Hospital Universitario de la Samaritana para cumplir con sus objetivos estratégicos e institucionales, sino que también garantiza el cumplimiento de las obligaciones normativas, la mejora continua de los procesos y la consolidación de una cultura organizacional basada en la transparencia, la integridad y la rendición de cuentas.

## 2. Evaluación de Respuestas entregadas del Informe Preliminar

Se realizó el cierre de la Auditoría *Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles De Corrupción Vigencia 2025*, mediante correo electrónico y oficio con consecutivo C1202550000430, fechado el 25 de Abril de 2025. En este comunicado se compartió la información del cierre y la invitación a la reunión remota, programada para el día viernes 02 de Mayo de 2025, con el siguiente enlace: <https://meet.google.com/wao-rkvp-hqz>. Además, se solicitó a los responsables del proceso que enviaran comentarios y/o entregaran soportes, conforme al informe preliminar antes del 30 de Abril de 2025, para ser evaluados y discutidos durante la reunión de cierre.

Se recibieron cinco (5) respuestas con sus respectivos soportes documentales por parte de las siguientes áreas responsables:

- Planeación y Garantía de la Calidad
- Gestión Financiera
- Gestión Jurídica
- Ingeniería Hospitalaria
- Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud

Las observaciones aceptadas fueron incorporadas en el informe final de la Auditoría de Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles de Corrupción – Vigencia 2025, conforme a los principios de objetividad, transparencia y mejora continua. Finalmente, a las 10:40 a.m. del pasado viernes 02 de mayo de 2025, se dio por terminada la reunión de cierre de la Auditoría *Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles De Corrupción Vigencia 2025*.

Cada uno de estos soportes fueron revisados y analizados, con el fin de verificar su pertinencia, suficiencia y correspondencia con los hallazgos señalados en el informe preliminar.

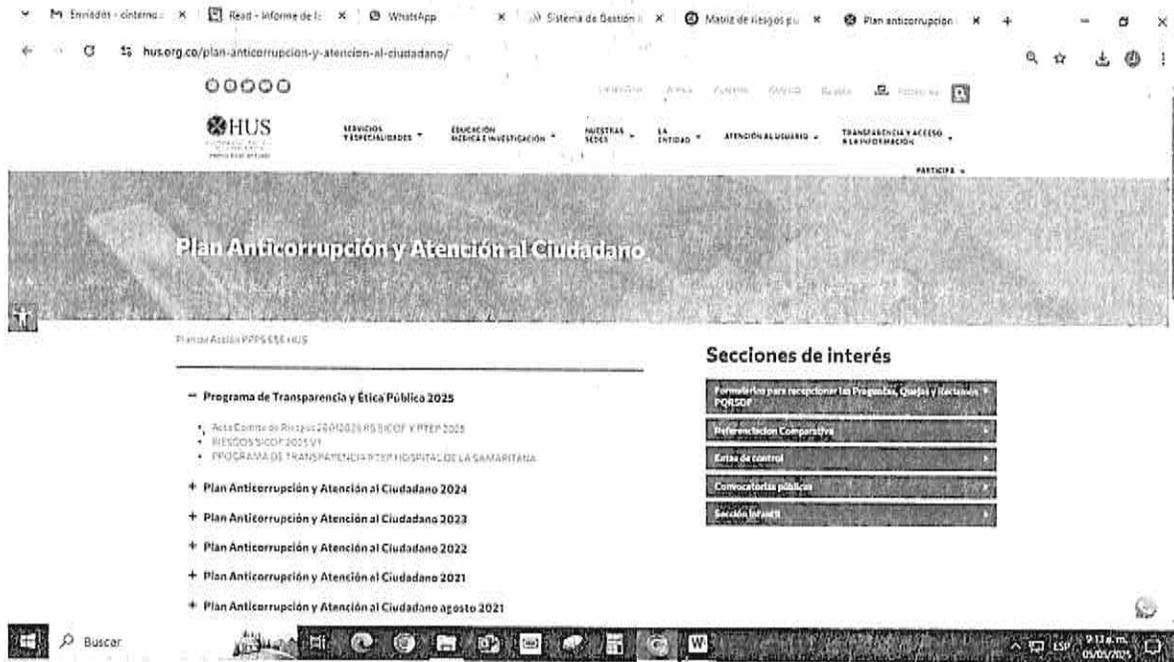
Como resultado de esta evaluación, se confirmó la recepción oportuna de los documentos y se determinó su relevancia para modificar, aclarar o ratificar los hallazgos inicialmente planteados;

## 2.1 Planeación y Garantía de la Calidad

### 2.1.1 Respecto a la Recomendación N. 1 del informe preliminar

Desde la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad notificaron que actualmente aún se están desarrollando las sesiones pertinentes para validar y ajustar los riesgos de proceso (Operacionales, fiscales y de seguridad digital) para llevarlos a comité de gestión integral del riesgo, para su conocimiento y aprobación para publicar en página Web, sin embargo las actualizaciones realizadas a la fecha se pueden consultar en el módulo de riesgos de Almera.

Sin embargo, dado que a la fecha de esta verificación aún no se ha realizado la publicación oficial de la matriz de riesgos 2025 en una ruta específica y claramente identificable en la página web, se mantiene vigente la recomendación emitida. Esta publicación resulta fundamental para garantizar el acceso oportuno, claro y transparente a la información por parte del cliente externo, y para evitar confusiones con matrices de años anteriores.



hush.org.co/plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/

## Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

Plan de Acción PPAE ESE HUS

### Secciones de interés

- Formulario para recepción de Preguntas, Quejas y Reclamos PPAE
- Referencia Comparativa
- Ente de control
- Convocatorias públicas
- Sección Internet

Programa de Transparencia y Ética Pública 2025

- Acta Comité de Riesgo 2014028 RB SICOF Y PPEP 2025
- REPOSICION 2025 V1
- PROGRAMA DE TRANSPARENCIA PPEP HOSPITAL DE LA SAMARITANA

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2024

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2023

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2022

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2021

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano agosto 2021

### 2.1.2 Respecto a la Recomendación N. 2 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que se realizó la solicitud de publicación de los Planes de Mejoramiento 2024 a través de incidencia en la Intranet (ticket N. 4445) dirigida al área de Comunicaciones.

Como resultado de dicha gestión, al momento de la verificación final se evidenció la publicación del Plan de Mejoramiento correspondiente a la vigencia 2024 en la página web institucional. No obstante, persiste la ausencia de los planes correspondientes a las vigencias 2022 y 2023, por lo que se considera que la respuesta es parcialmente satisfactoria y, en consecuencia, se mantiene la recomendación.

Se insiste en la necesidad de completar la publicación de los planes faltantes, discriminados por fuente de auditoría.



### 2.1.3 Respecto a la Recomendación N. 3 del informe preliminar

Se evidenció inicialmente que el documento publicado en la página web institucional correspondiente al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital Universitario de La Samaritana no se encontraba en un formato legible para el cliente externo, lo cual dificultaba su acceso y consulta.

Sin embargo, con base en los soportes remitidos posteriormente al informe preliminar, se verificó que desde la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad realizaron la publicación del PTEP en un formato accesible, legible y adecuado para su consulta por parte de la ciudadanía.

Esta acción se considera una respuesta oportuna y pertinente que da cumplimiento a la recomendación formulada, por lo que el hallazgo fue ajustado en el informe final, conforme a los principios de objetividad, verificación y mejora continua, a continuación se relación el soporte;





The screenshot shows a web browser window with the URL [hus.org.co/acuerdos/](http://hus.org.co/acuerdos/). The page features a navigation menu with items like 'SERVICIOS Y ESPECIALIDADES', 'EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN', 'NUESTRAS SEDES', 'LA ENTIDAD', 'ATENCIÓN AL USUARIO', and 'TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN'. The main content area is titled 'Acuerdos' and includes a list of years: 'Año 2025', 'Año 2017', 'Año 2015', 'Año 2014', and 'Año 2012'. A sidebar on the right lists 'Secciones de interés' such as 'Formulario para recepción de Preguntas, Quejas y Reclamos PORQUIP', 'Referenciación Comparativa', 'Entes de control', 'Convocatorias públicas', and 'Sección Infantil'. The Windows taskbar at the bottom shows the date as 05/05/2025 and the time as 9:29 a.m.

### 2.1.5 Respecto a la Recomendación N. 5 del informe preliminar

El riesgo con el siguiente código: **GSC24070**, correspondiente al proceso de Gestión de Servicios Complementarios no contaba con plan de acción registrado en Almera. Sin embargo, con base en los soportes remitidos posteriormente al informe preliminar, se verificó que desde la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad en conjunto con los responsables del proceso realizaron la definición del plan de acción pendiente para el riesgos SICOF2025 código: GSC24070 tal como se puede evidenciar a continuación.

Para el riesgo con código **GSC24070** se evidencian cuatro (04) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 0,00% (al día 05 de Mayo de 2025).

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome  
 sgi.almeraim.com/sg/secciones/index.php?r=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riegoId=1748

Gestionar Servicios Complementarios

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar la verificación de consumo promedio, trazable por el HIS para su inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones 2025 • WANDERLEY ORJUELA BARRIETO	2025-03-31	0% -35
2. Documentar el Procedimiento de adquisición de productos farmacéuticos • WANDERLEY ORJUELA BARRIETO	2025-03-31	0% -35
3. Socializar e implementar el Procedimiento de adquisición de productos farmacéuticos • WANDERLEY ORJUELA BARRIETO	2025-12-31	0% +0
4. Realizar medición de apropiación de conocimiento aplicando pre y pos test • WANDERLEY ORJUELA BARRIETO	2025-12-30	0% +0
5. Tomar acciones pertinentes de acuerdo los resultados obtenidos en pre y pos test • WANDERLEY ORJUELA BARRIETO	2025-12-30	0% +0
<b>5 Actividades (Ver todas)</b>		<b>Avance ponderado: 0,00%</b>

Hospital Universitario de la Samaritana  
 Almera - Sistema de Gestión Integral  
 2025 - Bogotá, Colombia

### 2.1.6 Respeto a la Recomendación N. 6 del informe preliminar

Desde la oficina de Planeación informaron que enviaron solicitud de correo electrónico para que los planes de acción definidos se inicien y realicen seguimiento trimestral (si aplica) de acuerdo a lo definido en el manual integral de riesgos, correo del 21 de abril 2025 denominado "Autocontrol riesgos de proceso primer trimestre 2025"

Para el riesgo con código GTB22009 se evidencian tres (03) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 34,62% (al día 05 de Mayo de 2025).

En este sentido, se considera que la recomendación ha sido atendida de manera satisfactoria referente al riesgo con código GTB22009, por lo cual se retira del informe final.

Administración de Riesgos - Almería - Google Chrome

sgialmeraim.com/sgl/secciones/index.php?seccion=riesgos&opcion=ver\_riesgos&idrisgo=1791

2. Realizar capacitación al personal de tecnología biomédica, sobre los procedimientos: mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo y rutinas de inspección (HRZ)	2025-12-31	0%	+0
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
3. Analizar los resultados del monitoreo a las actividades que incluyan cambio de repuestos o insumos (HRZ)	2025-12-31	25%	+0
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
4. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados del tablero de control en caso que aplique (HRZ)	2025-12-31	25%	+0
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
1. Actualizar de forma permanente, las actividades en el tablero de control (UFZ)	2025-12-31	100%	+2/5
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
2. Realizar capacitación al personal de tecnología biomédica, sobre los procedimientos: mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo y rutinas de inspección (UFZ)	2025-12-31	0%	+0
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
3. Analizar los resultados del monitoreo a las actividades que incluyan cambio de repuestos o insumos (UFZ)	2025-12-31	25%	+0
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
4. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados del tablero de control en caso que aplique (UFZ)	2025-12-31	25%	+0
• <a href="#">Ver lista</a> <a href="#">Añadir</a> <a href="#">Eliminar</a>			
<b>13 Actividades (Ver todas)</b>			<b>Avance ponderado:</b>
			<b>34,62%</b>

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almería - Sistema de Gestión Integral  
2025 - España, Colombia

https://sgialmeraim.com/sgl/secciones/index.php?seccion=riesgos&opcion=ver\_riesgo...

Buscar

9:59 a.m.  
05/05/2025

### 2.1.7 Respecto a la Recomendación N. 7 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que el ajuste sugerido al riesgo del proceso de Farmacia será revisado en una sesión posterior, en caso de que así lo solicite el responsable del riesgo.

Sin embargo, al momento de la verificación final, se evidenció que el control señalado permanece sin modificación y no ha sido ajustado conforme a lo recomendado por el equipo auditor. En consecuencia, se mantiene la recomendación vigente en el informe final, a la espera de que se realice el ajuste correspondiente para garantizar la coherencia y efectividad del control asociado.

### 2.1.8 Respecto a la Recomendación N. 8 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que el posible ajuste al control asociado al riesgo del proceso de Almacén sería revisado en una sesión posterior, en caso de que así lo solicitara el responsable del riesgo.

Sin embargo, al momento de la verificación final, se evidenció que el control señalado permanece sin modificación y no ha sido ajustado conforme a lo recomendado. Se reitera que el control, en su redacción actual, no se ajusta plenamente a los lineamientos del DAFP, ya que carece de precisión, no es completamente verificable ni medible, y no evidencia de manera explícita su orientación al riesgo que pretende mitigar.

En consecuencia, se mantiene la recomendación en el informe final, a la espera de que se realicen los ajustes necesarios que permitan fortalecer la formulación del control y su efectividad en la gestión del riesgo.

### 2.1.9 Respecto a la Recomendación N. 9 del informe preliminar

Informó frente a esta recomendación y teniendo en cuenta la fuente de la misma, desde la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad se determinó realizar un acercamiento con los (3) profesionales que

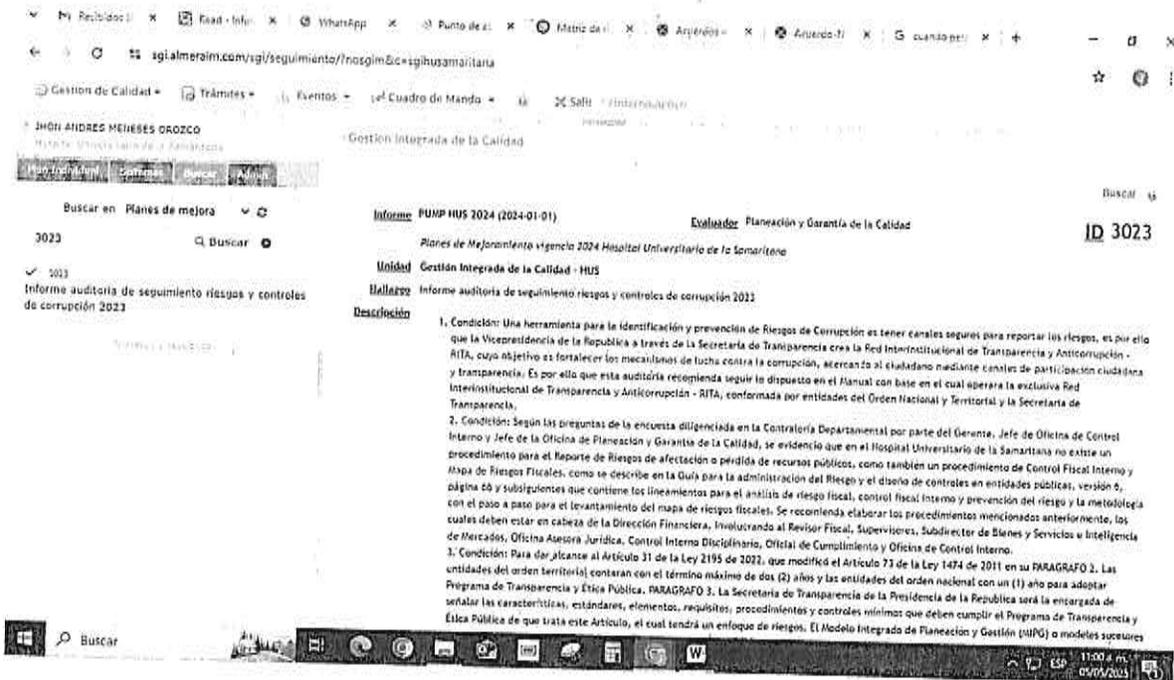
dieron la respuesta afirmativa para hacer la retroalimentación pertinente, es de resaltar que una de las situaciones descrita que se encuentra en las respuestas permite evidenciar la aplicación efectiva de los controles ya que hace referencia a la detección de una irregularidad para lo cual se acudió al comité de ética y se reforzaron los controles pertinentes, esta situación demuestra la gestión pertinente y oportuna de los riesgos.

### 2.1.10 Respecto a la Recomendación N. 10 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que como parte de la gestión y compromiso se socializo vía correo electrónico el link en página web del programa de transparencia PTEP y Riesgos SICOF 2025 para socializar al interior de los procesos y servicios. Como complemento a lo realizado por parte de cada líder de proceso se estableció con comunicaciones la creación de pieza comunicativa para esta socialización de manera semestral para lo cual se envió correo solicitando esta gestión.

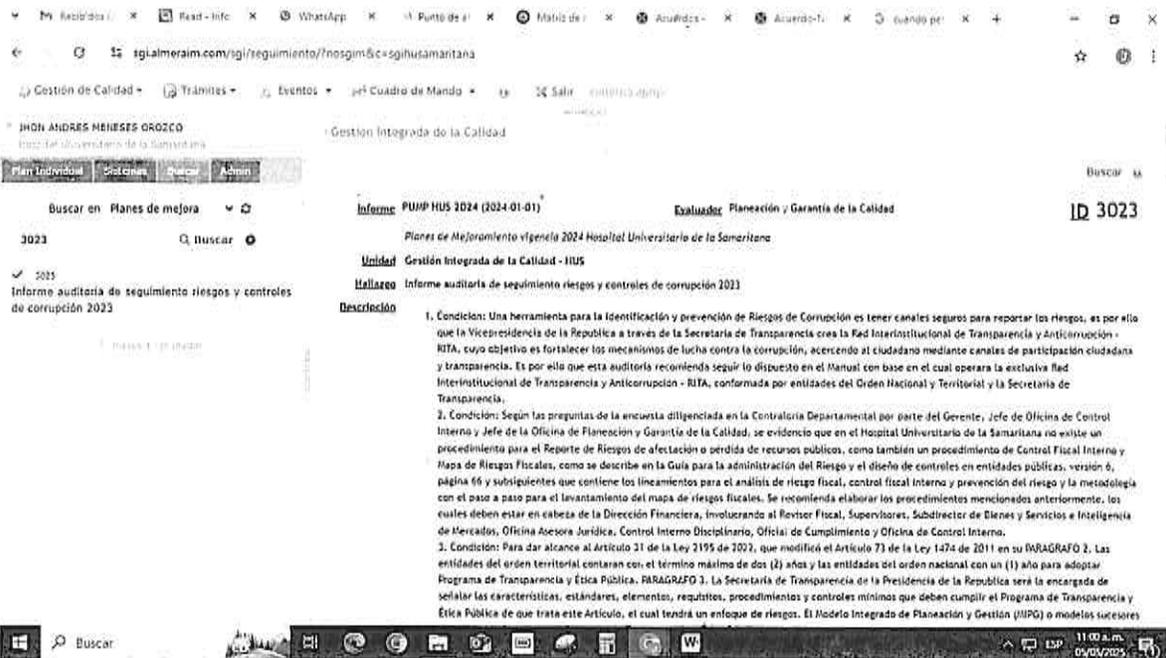
### 2.1.11 Respecto a Recomendaciones 2024 y años anteriores del informe preliminar Planeación y Garantía de la Calidad respondió lo siguiente:

Respecto a la Recomendación N. 1 año 2024 del informe preliminar, la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que para el año 2024 se estableció un plan de mejoramiento con ID 3023 donde se definieron actividades cruciales para fortalecer la gestión de riesgos (SICOF) esto se puede evidenciar en ALMERA. Esta acción ya se ha desarrollado para la presente vigencia mostrando una mejora en esta teniendo en cuenta las recomendaciones recibidas desde control interno tal y como se puede evidenciar en ALMERA:



The screenshot shows a web browser window with the URL [sgialmeralm.com/vgl/seguimiento/?nosgim&ic=sgihusamaritana](http://sgialmeralm.com/vgl/seguimiento/?nosgim&ic=sgihusamaritana). The page title is 'Gestión Integrada de la Calidad'. A search bar on the left shows '3023' and 'Informe auditoría de seguimiento riesgos y controles de corrupción 2023'. The search results show:

- Informe:** PUMP HUS 2024 (2024-01-01)
- Evaliador:** Planeación y Garantía de la Calidad
- ID:** 3023
- Unidad:** Gestión Integrada de la Calidad - HUS
- Palabras:** Informe auditoría de seguimiento riesgos y controles de corrupción 2023
- Descripción:**
  - Condición: Una herramienta para la identificación y prevención de Riesgos de Corrupción es tener canales seguros para reportar los riesgos, es por ello que la Vicepresidencia de la República a través de la Secretaría de Transparencia crea la Red Intra-institucional de Transparencia y Anticorrupción - RITA, cuyo objetivo es fortalecer los mecanismos de lucha contra la corrupción, acercando al ciudadano mediante canales de participación ciudadana y transparencia. Es por ello que esta auditoría recomienda seguir lo dispuesto en el Planual con base en el cual operara la exclusiva Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción - RITA, conformada por entidades del Orden Nacional y Territorial y la Secretaría de Transparencia.
  - Condición: Según las preguntas de la encuesta diligenciada en la Contraloría Departamental por parte del Gerente, Jefe de Oficina de Control Interno y Jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, se evidenció que en el Hospital Universitario de la Samaritana no existe un procedimiento para el Reporte de Riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos, como también un procedimiento de Control Fiscal Interno y Mapa de Riesgos Fiscales, como se describe en la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5, página 50 y subsiguientes que contiene los lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, control fiscal interno y prevención del riesgo y la metodología con el paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados anteriormente, los cuales deben estar en cabeza de la Dirección Financiera, involucrando al Revisor Fiscal, Supervisores, Subdirector de Bienes y Servicios e Inteligencia de Mercados, Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, Oficial de Cumplimiento y Oficinas de Control Interno.
  - Condición: Para dar alcance al Artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, que modificó el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 en su PARAGRAFO 2. Las entidades del orden territorial contarán con el término máximo de dos (2) años y las entidades del orden nacional con un (1) año para adoptar Programa de Transparencia y Ética Pública. PARAGRAFO 3. La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República será la encargada de señalar las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir el Programa de Transparencia y Ética Pública de que trató este Artículo, el cual tendrá un enfoque de riesgos. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) o modelos sucesores



My Records | Read - Info | WhatsApp | Punto de | Múltiple | Auditoría - | Acuerdo-T. | ejemplo |

sgialmeraim.com/cgi/seguiamiento/fnosgim&casgihusamaritana

Gestión de Calidad | Trámites | Eventos | Jef. Cuadro de Mando | Salir |

JHON ANDRÉS HENÉSES GROSZO  
Gestión Integrada de la Calidad

Plan Individual | Sistemas | Quejas | Admin

Buscar en Planes de mejora

2023

2023

Informe auditoría de seguimiento riesgos y controles de corrupción 2023

Informe: PUMP HUS 2024 (2024-01-01)

Planes de Mejoramiento vigencia 2024 Hospital Universitario de la Samaritana

Unidad: Gestión Integrada de la Calidad - IJUS

Idioma: Informe auditoría de seguimiento riesgos y controles de corrupción 2023

Descripción

1. Condición: Una herramienta para la identificación y prevención de Riesgos de Corrupción es tener canales seguros para reportar los riesgos, es por ello que la Vicepresidencia de la República a través de la Secretaría de Transparencia crea la Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción - RITA, cuyo objetivo es fortalecer los mecanismos de lucha contra la corrupción, acercando al ciudadano mediante canales de participación ciudadana y transparencia. Es por ello que esta auditoría recomienda seguir lo dispuesto en el Manual con base en el cual operara la exstiva Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción - RITA, conformada por entidades del Orden Nacional y Territorial y la Secretaría de Transparencia.

2. Condición: Según las preguntas de la encuesta diligenciada en la Contraloría Departamental por parte del Gerente, Jefe de Oficina de Control Interno y Jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, se evidencio que en el Hospital Universitario de la Samaritana no existe un procedimiento para el Reporte de Riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos, como también un procedimiento de Control Fiscal Interno y Mapa de Riesgos Fiscales, como se describe en la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 0, página 66 y subsiguientes que contiene los lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, control fiscal interno y prevención del riesgo y la metodología con el paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados anteriormente, los cuales deben estar en cabeza de la Dirección Financiera, involucrando al Revisor Fiscal, Supervisores, Subdirector de Bienes y Servicios e Inteligencia de Mercados, Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, Oficina de Cumplimiento y Oficina de Control Interno.

3. Condición: Para dar alcance al artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, que modificó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 en su PARAGRAFO 2. Las entidades del orden territorial contarán con, el término máximo de dos (2) años y las entidades del orden nacional con un (1) año para adoptar Programa de Transparencia y Ética Pública. PARAGRAFO 3. La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República será la encargada de señalar las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir el Programa de Transparencia y Ética Pública de que trata este Artículo, el cual tendrá un enfoque de riesgos. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (IJIPO) o modelos sucesores

Buscar

11:00 a.m.  
05/01/2025

### 2.1.12 Respecto a la Recomendación N. 2 año 2024 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que se ha socializado en su momento el PAAC y esta vigencia el programa de Transparencia, desde espacios como Comité de Gestión y desempeño y el de riesgos, esto para involucrar de manera activa a líderes de proceso, a quienes también se les socializo vía correo electrónico su publicación y ruta y se ha solicitado la socialización al interior de los procesos.

Soporte: Correo del Hospital la samaritana – Link en página web del programa de Transparencia PTEP y Riesgos SICOF 2025 para socializar.

### 2.1.13 Respecto a la Recomendación N. 3 de la vigencia 2023 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que se llevara a plan de mejoramiento y se trabajara junto con Sistemas y Jurídica para crear un canal de denuncia que será administrado por el oficial de cumplimiento del HUS, con el fin de establecer las mejoras en caso de denuncias de posibles actos de corrupción.

### 2.1.14 Respecto a la Recomendación N. 4 de la vigencia 2023 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que se apoyara desde Planeación a los procesos involucrados para ejecutar la elaboración de lo pertinente a la gestión de Riesgo Fiscal, sin embargo desde el 2024 se realizaron asesorías y acompañamientos para la definición de riesgos fiscales en el HUS lo que resulto en la identificación de (4) en esta tipología.

### 2.1.15 Respecto a la Recomendación N. 5 de la vigencia 2023 del informe preliminar

Relacionada con la adopción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que; en el año 2023, se realizó consulta formal a la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. Con base en la respuesta recibida el 18 de enero de 2024, se continuó temporalmente con la implementación del Programa Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

(PAAC), mientras se adelantaban las actividades necesarias para cumplir con los lineamientos del nuevo PTEP.

Para la vigencia 2025, el Programa de Transparencia y Ética Pública fue debidamente aprobado y se encuentra publicado en la página web institucional, cumpliendo así con lo dispuesto en el Artículo 31 de la Ley 2195 de 2022.

En consecuencia, se considera que la condición ha sido subsanada y que la entidad dio cumplimiento a la normativa aplicable. Se retira la recomendación del informe final.



### 2.1.16 Respecto a la Recomendación N. 6 de la vigencia 2023 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que desde 2024 se ha solicitado a los líderes de proceso continuar con la socialización de programa de Transparencia y Ética Pública que es el a partir del 2025 reemplaza al PAAC (Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano), lo anterior como apoyo la gestión y entrega de información a todos los niveles. Actualmente se hace con el programa de Transparencia y Ética Pública 2025.

### 2.1.17 Respecto a la Recomendación N. 7 de la vigencia 2023 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que los controles han sufrido su ajuste desde lo descrito en la guía tal y como lo han evidenciado en Almera, a través de las diferentes auditorías y las recomendaciones pertinentes se han aplicado a esta definición como parte de la mejora organizacional. Por lo anterior, se considera atendida la recomendación y no se incorpora en el informe final.

### 2.1.18 Respecto a la Recomendación N. 8 de la vigencia 2023 del informe preliminar

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad informó que los controles han sufrido su ajuste desde lo descrito en la guía tal y como lo han evidenciado en Almera, a través de las diferentes auditorías y las recomendaciones pertinentes se han aplicado a esta definición como parte de la mejora organizacional.



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

Por lo anterior, se considera atendida la recomendación y no se incorpora en el informe final. Por lo anterior, se considera atendida la recomendación y no se incorpora en el informe final.

**2.1.19 Respecto a Recomendaciones de la vigencia 2022 a 2020 del informe preliminar. La oficina de Planeación y Garantía de la Calidad respondió lo siguiente:**

Frente a estas recomendaciones y como parte de la mejora y evolución de la gestión de riesgos desde esta oficina me permito resaltar las actividades que se han desarrollado en articulación con la alta dirección y los líderes de proceso, donde desde el acompañamiento de la profesional especialista en riesgos, esto ha permitido una evolución gradual y en fases frente a las mejoras evidentes en cuanto a la materia de identificación y gestión de riesgos armonizada y articulada con las directrices aplicables al HUS y que al momento dan cuenta del aprendizaje organizacional y de mejora, esto se puede evidenciar a través de las matrices de las vigencias posteriores donde si bien los cambios han ido en etapas de construcción ya se puede encontrar las causas identificadas con sus controles pertinentes, la identificación de zona de impacto alineada a lo descrito en la guía del DAFP V6, planes de acción acorde a la gestión desde cada proceso de acuerdo a lo expresado por parte del líder pertinente, por lo anterior es valioso y fundamental dar cuenta de las mejoras obtenidas en cuanto a la gestión del riesgo y los esfuerzos que desde la alta dirección, los líderes de proceso y esta oficina asesora frente a los ajustes y avances desarrollados; el espacio de acompañamiento que se ha generado junto a cada uno de los líderes de proceso ha permitido de manera gradual afianzar la gestión integral de riesgos, dando como resultado herramientas institucionales de mejora, generando oportunidades de aprendizaje y compromiso institucional.

**2.2 Dirección Financiera**

En atención a la observación formulada respecto a la ausencia de planes de acción registrados en Almera para los riesgos con códigos GF22003, GF22012 y GF22043, se recibió respuesta por parte del área responsable Dirección Financiera, en la cual se evidenció que los correspondientes planes de acción ya han sido registrados en la plataforma Almera.

Sin embargo, al momento del cierre del informe, se identificó que para los riesgos con códigos GF22003, GF22012 y GF22043, dichos planes aún no presentan un avance ponderado en las actividades definidas, (al día 05 de Mayo de 2025). Todas las actividades registran avance del 0%, fecha máxima de subir el soporte hasta el día 30 de Diciembre de 2025. lo cual limita la capacidad de seguimiento efectivo al cumplimiento de las medidas preventivas o correctivas. Se reitera la importancia de realizar actualizaciones periódicas en la herramienta, reflejando los avances alcanzados, con el fin de garantizar una gestión adecuada del riesgo, asegurar la trazabilidad de las acciones emprendidas y facilitar la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.



# E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

## CONTROL INTERNO

### INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

Administración de Riesgos - Almería - Google Chrome

sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ta=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgoId=1726

Gestión Financiera

Identificación Controles (0) Análisis Plan de acción

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar arqueos de cajas periódicamente (Quincenal) * Caja Petrolera Chigorro Ramos	2025-12-30	0% +0
2. Socializar de procedimientos de manera trimestral al personal recaudador * Caja Petrolera Chigorro Ramos	2025-12-30	0% +0
3. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados * Caja Petrolera Chigorro Ramos	2025-12-30	0% +0
5. Realizar la revisión de la toma de anticipos sin autorización basados en la información de cierres de caja por parte de los facturadores de acuerdo a la herramienta o estrategia establecida * Caja Petrolera Chigorro Ramos	2025-12-30	0% +0
4. Realizar la definición de herramienta o estrategia para evaluar la toma de anticipos sin autorización basados en la información de cierres de caja por parte de los facturadores * Caja Petrolera Chigorro Ramos	2025-03-31	0% -35

5 Actividades (Ver todas) Avance ponderado: 0,00%

https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ta=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgoId=1726#subtabPage3 Hospital Universitario de la Samaritana



Administración de Riesgos - Almería - Google Chrome

sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ta=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgoId=1727

Gestión Financiera

Identificación Controles (0) Análisis Plan de acción

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Realizar revisión de la cuenta en prefectura antes de ser generada la factura y radicada en la entidad responsable de pago * Gestión Petrolera DMS	2025-12-30	0% +0
2. Tomar las acciones necesarias de acuerdo a los resultados obtenidos * Gestión Petrolera DMS	2025-12-30	0% +0

2 Actividades (Ver todas) Avance ponderado: 0,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almería - Sistema de Gestión Integral  
2025 - Bogotá, Colombia

https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/index.php?ta=riesgos&opcion=ver\_riesgo&riesgoId=1727#subtabPage3



Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome  
[sgialmeraim.com/sgil/acciones/index.php?ar=riesgos&opcion=var\\_riesgo&riesgoId=1732](http://sgialmeraim.com/sgil/acciones/index.php?ar=riesgos&opcion=var_riesgo&riesgoId=1732)

Gestión Financiera

Identificación | **Controles (1)** | Análisis | Plan de acción

Actividad	Fin	Seguimiento
1. REALIZAR NOTIFICACION DE SALDOS DE CARTERA O CIRCULARIZACION CON DETERMINADO CORTE + 1. Plan de acción: 000000	2025-12-30	0% +0
2. REALIZAR LA LEGALIZACIÓN DE CRUCE DE CARTERA MEDIANTE ACTAS SUSCRITAS ENTRE LA ESE Y ERP + 2. Plan de acción: 000000	2025-12-30	0% +0
3. TOMAR ACCIONES PERTINENTES DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS + 3. Plan de acción: 000000	2025-12-30	0% +0

3 Actividades (Ver todas) Avance ponderado: 0,00%

Horizontes (Sistema de Gestión Integral)  
 Almera - Sistema de Gestión Integral  
 2025 - España, California

[http://sgialmeraim.com/sgil/acciones/index.php?ar=riesgos&opcion=var\\_riesgo&riesgoId=1732#subIdPage?](http://sgialmeraim.com/sgil/acciones/index.php?ar=riesgos&opcion=var_riesgo&riesgoId=1732#subIdPage?)

Buscar

12:19 p.m. 05/05/2025

### 2.3 Gestión Jurídica

En atención a la observación formulada respecto a que el riesgo con código GJ22011, no cuenta con plan de acción registrado en Almera, el jefe de la oficina Asesora Jurídica respondió lo siguiente:

Siguiendo con la continuidad de los riesgos como en el periodo 2024, en el cual se desarrolló el plan de acción del riesgo de corrupción con código GJ22011 (Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el vencimiento de términos o la prescripción del mismo). Respetuosamente colocamos en conocimiento que para el periodo de 2025 se encuentra ejecutándose el plan de acción del riesgo de corrupción así como se puede evidenciar en la plataforma Almera.

Para el riesgo con código GJ22011 se evidencian cuatro (04) controles, cuenta con un avance ponderado en el Plan de Acción del 10,00% (al día 05 de Mayo de 2025).

En este sentido, se considera que la recomendación ha sido atendida de manera satisfactoria referente al riesgo con código GJ22011, por lo cual se retira del informe final.

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome  
 sgl.almeraim.com/sg/secciones/index.php?seccion=ver\_riesgo&riesgoid=1736

Gestión Janelas

Comunicación | Herramientas | Análisis | Planificación

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Documentar el cronograma de auditorías de Procesos Judiciales para la vigencia 2025 • GUÍA ESTADÍSTICA - GUÍA DE PROCESOS	2025-03-31	10% -35
2. Ejecutar el cronograma de auditorías de Procesos Judiciales para la vigencia 2025 • GUÍA ESTADÍSTICA - GUÍA DE PROCESOS	2025-12-30	10% +0
3. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados obtenidos en las auditorías realizadas • GUÍA ESTADÍSTICA - GUÍA DE PROCESOS	2025-12-30	10% +0
4. Realizar la verificación a la adherencia del formato de conflicto de intereses • GUÍA ESTADÍSTICA - GUÍA DE PROCESOS	2025-12-30	10% +0
5. Tomar acciones de acuerdo a los resultados de la verificación a la adherencia del formato de conflicto de intereses • GUÍA ESTADÍSTICA - GUÍA DE PROCESOS	2025-12-30	10% +0

5 Actividades (Ver todas) Avance ponderado: 10,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
 Almera - Sistema de Gestión Integral

https://sg.almeraim.com/sg/secciones/index.php?seccion=ver\_riesgo&riesgoid=1736#subtabPage5 2025 - Tercera Columna

Buscar

ESB 3:09 p.m. 05/05/2025

## 2.4 Ingeniería Hospitalaria

En atención a la observación formulada respecto a que se había evidenciado que el riesgo con código IH22010, presentaba un avance ponderado del 0,00% en el Plan de Acción, según lo reportado en la plataforma Almera, con corte al 22 de abril de 2025. El líder de proyecto del proceso de Ingeniería Hospitalaria respondió lo siguiente:

Frente a lo expuesto en el informe y con relación a actividades desarrolladas por el proceso de Ingeniería Hospitalaria; frente al riesgo IH22010 debo comentar que el avance total del desarrollo de las actividades relacionadas con el plan de mejoramiento del riesgo es de un 50 % y estas fueron desarrolladas sobre el tiempo previsto. Por otro lado para el riesgo IH22010, también se ha avanzado frente al riesgo en un 25 %, lo anterior con el fin de aclarar sobre que el proceso tiene un avance del 0% en las actividades de los planes de mejoramiento derivadas de los riesgos en cuestión.

En este sentido, se considera que la recomendación ha sido atendida de manera satisfactoria referente al riesgo con código IH22010, por lo cual se retira del informe final. Se relaciona soporte.

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome

sgu.almeraim.com/sgu/secciones/index.php?seccion=ver\_riesgo&seccion=17288

Inteligencia Hospitalaria

Actividad

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Ajuste al documento de apoyo a la Supervisión - Convertirlo en formato para su diligenciamiento.	2025-03-31	100% +89
2. Socializar a las partes interesadas (equipo de coordinación del proceso) el documento de apoyo a la Supervisión aprobado en ALMERA	2025-04-30	100% +8
3. Implementar el documento de apoyo a la Supervisión aprobado en ALMERA por parte del equipo de coordinación del proceso	2025-12-31	0% +0
4. Tomar acciones pertinentes (ajustar el documento de apoyo a la Supervisión) en caso de necesidad.	2025-12-31	0% +0

4 Actividades (Ver todas)

Avance ponderado: 50,00%

Hospital Universitario de la Samaritana  
Almera - Teléfono: 02-2516 4000  
NIT: 9009414000

http://sgu.almeraim.com/sgu/secciones/index.php?seccion=ver\_riesgo&seccion=17288#subtabPage1

Buscar

## 2.5 Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud

La respuesta de referencia al informe preliminar y cierre de auditoria seguimiento y análisis a riesgos y controles de corrupción vigencia 2025 desde la Subdirección de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud realizaron las siguientes apreciaciones:

Teniendo en cuenta el reporte por parte del proceso de gestión de Servicios Complementarios en cuanto a situaciones asociadas a riesgos institucionales más no de corrupción y que entre lo reportado se nombran errores en la parametrización de Códigos Únicos de Procedimientos en Salud – CUPS, me permito informar que la Subdirección no cuenta con ninguna notificación oficial o mediante correo electrónico del proceso de Gestión de Servicios Complementarios o alguna otra área o servicio con casos que evidencien errores en la parametrización de códigos Únicos de procedimientos en salud – CUPS, que permitan la revisión y ajuste dentro del sistema de información y del portafolio de servicios en caso de aplicar, actividad que permite realizar correcciones oportunas, pero que para el caso dependen del reporte inmediato y directo del área que evidencia las inconsistencias.

Finalmente, revisando las recomendaciones de la vigencia 2024 y anteriores, específicamente la recomendación No. 4 me permito informar que el área de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud se encuentra a disposición de citación por parte de Dirección Financiera para realizar los aportes necesarios y que apliquen de acuerdo a las actividades que realiza el proceso de Inteligencia de Mercados.

## 2.6 Nota Aclaratoria

En atención a lo manifestado por la Jefatura de Control Interno, se incorporan en el presente informe las recomendaciones formuladas en las auditorías correspondientes a las vigencias 2020, 2021 y 2022, las cuales continúan siendo pertinentes y no han sido subsanadas en su totalidad por parte de la entidad.

No obstante, y con el propósito de facilitar la trazabilidad, seguimiento y cumplimiento efectivo de las mismas, estas recomendaciones deberán ser atendidas y gestionadas a partir de la vigencia 2023 en adelante, integrándolas de manera progresiva y priorizada en los planes de mejoramiento, sin perjuicio de su vigencia y obligatoriedad.

Esta medida busca articular la mejora continua con una implementación práctica y alcanzable, que permita evidenciar resultados concretos, conforme a las capacidades institucionales y la normatividad vigente.

### 3. Recomendaciones 2025

No.	Descripción de la recomendación
1	<p><b>Condición:</b> No se encuentra publicada en la página web institucional de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana la Matriz Institucional de Riesgos 2025. Se recomienda que, una vez esté disponible, esta se publique en una ruta específica y claramente identificable, diferenciada de otras vigencias, para evitar confusión en la consulta por parte del cliente externo y garantizar el acceso oportuno y transparente a la información.</p> <p><b>Criterio:</b> Según la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, y los principios de publicidad y transparencia establecidos en el Decreto 1083 de 2015, las entidades públicas deben garantizar la publicación de sus instrumentos de gestión, incluyendo la matriz de riesgos.</p> <p><b>Causa:</b> No se ha publicado el documento correspondiente en la página institucional. Lo cual ha impedido su divulgación pública conforme a los principios de transparencia y acceso a la información.</p> <p><b>Efecto:</b> La ausencia de este documento en el sitio web institucional restringe el acceso de los usuarios externos a información relevante sobre la gestión del riesgo y puede generar confusión respecto a los riesgos vigentes, afectando la transparencia y la rendición de cuentas.</p>
2	<p><b>Condición:</b> No se encuentran publicados en la página web institucional de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana los planes de mejoramiento correspondientes a las vigencias 2022 y 2023, estando disponible la información del año 2021 y 2024. Esto afecta la trazabilidad de las acciones correctivas y preventivas derivadas de auditorías internas, externas y demás fuentes de evaluación institucional.</p> <p>Se recomienda actualizar y publicar oportunamente los planes de mejoramiento discriminados por fuente de auditoría, y disponer de una ruta clara y accesible en el sitio web institucional para facilitar su consulta por parte del cliente externo y los entes de control.</p> <p><b>Criterio:</b> El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en concordancia con el Decreto 1499 de 2017 y el Decreto 1083 de 2015, establece que las entidades públicas deben garantizar la trazabilidad y publicación de los planes de mejora como herramienta para fortalecer la gestión del riesgo, la calidad institucional y la transparencia. La Ley 1712 de 2014 exige la publicación de la información relevante para la rendición de cuentas, incluyendo los planes de mejoramiento.</p> <p><b>Causa:</b> No se ha realizado la actualización y publicación oportuna de los planes de mejoramiento correspondientes a las vigencias mencionadas, lo que puede deberse a falencias en la gestión documental o en la articulación entre las áreas responsables de los procesos de mejora y la administración del sitio web institucional.</p> <p><b>Efecto:</b> La ausencia de planes de mejoramiento actualizados y visibles en el portal institucional limita el acceso del cliente externo y de los entes de control a esta información clave, disminuyendo la transparencia en la gestión de riesgos y reduciendo la posibilidad de realizar seguimiento efectivo al cumplimiento de acciones correctivas.</p>
3	<p><b>Condición:</b> Se evidenció que los riesgos con código GBS22007, GBS22008, GIS22018, GSC24070,</p>

No.	Descripción de la recomendación
	<p>GF22003, GF22012, GF22043 presentan un avance ponderado del 0,00% en el Plan de Acción, según lo reportado en la plataforma Almera, con corte al 05 de mayo de 2025. Esta situación indica que no se han iniciado acciones de mitigación ni actualizaciones sobre su gestión en la plataforma institucional, lo cual limita la capacidad de respuesta frente a los riesgos identificados. Por tanto, se recomienda a los responsables de los procesos vinculados, revisar y activar la ejecución de los planes de acción definidos, así como actualizar de manera oportuna los avances en la plataforma Almera, conforme a los lineamientos del sistema de control interno institucional.</p> <p><b>Criterio:</b> Conforme al Decreto 943 de 2014 y al Decreto 1499 de 2017, las entidades públicas deben implementar sistemas de control interno eficaces, lo cual incluye la formulación, ejecución y seguimiento de planes de acción orientados a la mitigación de riesgos institucionales. Adicionalmente, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2025 y el Decreto 1122 de 2024 establecen la obligación de realizar seguimiento efectivo a los riesgos relacionados con corrupción, garantizando su gestión activa y el registro oportuno en las plataformas oficiales.</p> <p><b>Causa:</b> La situación puede originarse en una limitada articulación entre los responsables de los procesos y los líderes de riesgo, una ausencia de seguimiento y control institucional, así como posibles dificultades operativas o técnicas en la actualización de la información dentro de la plataforma Almera.</p> <p><b>Efecto:</b> La falta de ejecución y reporte de los planes de acción genera una mayor exposición institucional a eventos adversos, entre ellos aquellos vinculados a actos de corrupción, afecta la efectividad del sistema de control interno, reduce la capacidad de mitigación oportuna de riesgos y debilita la confianza institucional y la toma de decisiones basada en riesgo.</p>
4	<p><b>Condición:</b> En el proceso Gestión de Servicios Complementarios se identificó que dos controles (códigos 4352401 y 4362401) requieren ajustes en su formulación según lineamientos del DAFP, debido a deficiencias en la claridad del responsable, la precisión de la acción de control y la separación de funciones. Se recomienda reformular estos controles para mejorar su controlabilidad y eficacia, asegurando su alineación con los criterios técnicos del DAFP.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Art. 73; Decreto 943 de 2014 (MECI); Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles – DAFP (Versión 6).</p> <p><b>Causa:</b> Inadecuada aplicación de los lineamientos técnicos del DAFP en la formulación de controles, afectando la claridad, responsabilidad y eficacia esperada.</p> <p><b>Efecto:</b> Disminución en la efectividad del control interno, con posible aumento del riesgo no mitigado y dificultad para evaluar la gestión del proceso.</p>
5	<p><b>Condición:</b> En el proceso de Bienes y Servicios se evidenció que de los 11 controles registrados, el control número 4 (código 5502411) requiere ajustes técnicos en la precisión del responsable y la frecuencia de aplicación, de acuerdo con los lineamientos del DAFP. Aunque la acción y su complemento están correctamente formulados y alineados con el objetivo del control, estos aspectos limitan su trazabilidad. Se recomienda realizar los ajustes necesarios para asegurar una ejecución más efectiva del control.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Art. 73; Decreto 943 de 2014 (MECI); Guía para la gestión del riesgo y diseño de controles – DAFP (Versión 6).</p> <p><b>Causa:</b> Aplicación parcial de los lineamientos técnicos del DAFP en la formulación del control, omitiendo elementos clave como responsable y frecuencia.</p> <p><b>Efecto:</b> Posible afectación a la trazabilidad y eficacia del control, dificultando su seguimiento y limitando su contribución a la mitigación de riesgos.</p>
6	<p><b>Condición:</b> Se deben analizar las 2 respuestas de los líderes que reportaron materialización de riesgos en el comité de gestión integral del riesgo, con el fin de que se determine si existe o no la materialización de algún riesgo de la matriz de riesgos de corrupción durante la vigencia evaluada.</p>

No.	Descripción de la recomendación
	<p>Adicionalmente, el proceso de Gestión de Servicios Complementarios reportó seis situaciones institucionales (fallas en atención de imágenes diagnósticas, pérdida de información crítica, cancelaciones en consulta externa, errores en facturación, fuga de usuarios y sanciones por mala gestión de PQRSD) que, si bien no constituyen hechos de corrupción, representan debilidades con potencial de derivar en conductas irregulares si no se gestionan oportunamente. También se reportó un intento de alteración documental por parte de un proveedor en un proceso de contratación, gestionado a través del Comité de Ética. Se recomienda fortalecer los mecanismos de reporte, monitoreo y control de los riesgos de corrupción, especialmente en procesos críticos como contratación, atención al usuario, gestión documental, TI y prestación de servicios, asegurando acciones preventivas oportunas.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Art. 73 – Guía para la implementación de Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Decreto 943 de 2014 – Sistema de Control Interno, Manual de Implementación de la Política de Integridad – Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p><b>Causa:</b> Falta de mecanismos efectivos de alerta, seguimiento y reporte frente a señales tempranas de riesgo en procesos críticos, así como limitada apropiación institucional de herramientas para la gestión oportuna de estos eventos.</p> <p><b>Efecto:</b> Riesgo de afectación a la calidad del servicio, la percepción ciudadana y la integridad institucional, con posibilidad de materialización de conductas inadecuadas o hechos de corrupción si no se implementan acciones correctivas preventivas.</p>
7	<p><b>Condición:</b> Se observó que en la evaluación realizada, la pregunta número 8, relacionada con los riesgos de corrupción identificados por el Hospital Universitario de la Samaritana obtuvo una efectividad del 69%. La respuesta correcta es: "14 riesgos pertenecen a la tipología SICOF, de los cuales 13 corresponden a la subtipología de Corrupción y 1 a la subtipología de Lavado de Activos". La mayoría de los encuestados no identificó correctamente la cantidad y clasificación de los riesgos, lo que evidencia un desconocimiento del análisis institucional de riesgos de corrupción. Se recomienda reforzar la divulgación y comprensión sobre el análisis de riesgos institucionales, a través de la creación de infografías, boletines explicativos y sesiones de capacitación dirigidas al personal, para asegurar que todos comprendan adecuadamente los riesgos identificados y cómo abordarlos efectivamente.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Artículo 73. Guía para la Implementación de Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p><b>Causa:</b> Falta de capacitación adecuada sobre los riesgos de corrupción identificados en el análisis institucional, lo que dificulta la correcta identificación y clasificación de los riesgos por parte del personal.</p> <p><b>Efecto:</b> El desconocimiento del número y tipo de riesgos identificados podría limitar la capacidad del personal para aplicar medidas preventivas adecuadas y podría reducir la efectividad del plan anticorrupción del Hospital, comprometiendo su capacidad para prevenir y mitigar actos de corrupción.</p>
8	<p><b>Condición:</b> En la evaluación realizada, la pregunta número 12, relacionada con los mecanismos de control interno fundamentales para prevenir actos de corrupción en la contratación de personal, obtuvo una efectividad del 57%. La respuesta correcta es: "Todas las anteriores son igualmente importantes", lo que implica que los mecanismos como los antecedentes, las pruebas psicotécnicas y el seguimiento en el periodo de prueba son esenciales y deben ser aplicados de manera integral. El bajo porcentaje de aciertos indica que existe una visión fragmentada sobre los controles implementados en el proceso de vinculación de personal. Se recomienda incluir en las capacitaciones ejemplos integrales del proceso de selección, destacando la importancia conjunta de estos mecanismos de control. Además, se sugiere la realización de simulaciones o casos prácticos que muestren cómo la interacción entre estos controles puede prevenir actos de corrupción en la</p>

No.	Descripción de la recomendación
	<p>contratación.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Artículo 73. Guía para la Implementación de Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p><b>Causa:</b> Falta de comprensión integral sobre la interrelación de los mecanismos de control en el proceso de vinculación de personal, lo que genera un enfoque fragmentado en su implementación.</p> <p><b>Efecto:</b> La implementación deficiente o parcial de los controles internos en la contratación podría aumentar la vulnerabilidad a actos de corrupción, comprometiendo la transparencia y la equidad del proceso de selección.</p>
9	<p><b>Condición:</b> En la evaluación realizada, la pregunta número 13, relacionada con el principal método que utiliza el Hospital para evaluar la efectividad de sus programas de capacitación en ética y transparencia, obtuvo una efectividad del 30%. La respuesta correcta es: "Análisis de la disminución de incidentes relacionados con faltas éticas". El bajo nivel de conocimiento sobre los mecanismos de evaluación sugiere una desconexión entre la formación recibida y los resultados esperados por la institución. Se recomienda socializar los criterios de medición del impacto de las capacitaciones, incorporando esta información en los cursos de inducción y refuerzo, para asegurar que todos los participantes comprendan cómo se mide la efectividad de la formación y la importancia de su impacto en la reducción de incidentes éticos.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Artículo 73. Guía para la Implementación de Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p><b>Causa:</b> Falta de claridad y socialización de los criterios de medición utilizados para evaluar la efectividad de los programas de capacitación, lo que genera una desconexión entre el objetivo de las capacitaciones y su medición real en términos de reducción de incidentes relacionados con faltas éticas.</p> <p><b>Efecto:</b> La falta de comprensión sobre los criterios de medición puede generar una falta de compromiso en los participantes y limitar la efectividad real de los programas de capacitación en ética y transparencia. Esto puede afectar la capacidad de la institución para evaluar correctamente el impacto de sus esfuerzos de formación y prevenir incidentes éticos de manera efectiva.</p>
10	<p><b>Condición:</b> La pregunta número 14, relacionada con las acciones prioritarias para fomentar una cultura organizacional orientada a la transparencia, fue la que obtuvo el porcentaje más bajo de efectividad, con un 21%. La respuesta correcta es: "Publicación periódica de informes de gestión". Sin embargo, la mayoría de los encuestados respondió que la acción prioritaria del Hospital en materia de transparencia era la implementación de un "código de ética". Esta confusión puede explicarse porque el Hospital dejó de usar el "código de ética" y ahora trabaja con un "código de integridad", siguiendo las directrices del gobierno nacional. Aunque ambos buscan promover buenos comportamientos, el código de integridad es más completo y actualizado. Este código no solo incorpora principios éticos, sino que también promueve valores, comportamientos esperados y compromisos institucionales que fortalecen la cultura de transparencia e integridad. La confusión entre ambos conceptos evidencia la necesidad de fortalecer la comunicación interna y los espacios de formación para asegurar que todo el personal comprenda esta actualización. Se recomienda promover campañas institucionales sobre transparencia, incluyendo la difusión activa de los informes de gestión mediante medios digitales y cartelera físicas, para garantizar que el personal esté al tanto de la información relevante y actualizada sobre las acciones de la institución en esta área.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011, Artículo 73. Guía para la Implementación de Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p><b>Causa:</b> Confusión generada por la transición entre el "código de ética" y el "código de integridad", lo que llevó a una interpretación incorrecta de las acciones prioritarias en materia de transparencia. Además, la falta de una estrategia de comunicación interna efectiva sobre los cambios y</p>

No.	Descripción de la recomendación
	<p>actualizaciones normativas contribuyó a que los encuestados no identificaran correctamente las medidas prioritarias.</p> <p><b>Efecto:</b> La confusión sobre las acciones prioritarias y la falta de comprensión del "código de integridad" pueden afectar la cohesión y efectividad de los esfuerzos institucionales para fomentar una cultura de transparencia. Si el personal no tiene claro el enfoque actualizado, se pueden generar vacíos en la implementación de políticas de transparencia y, por lo tanto, en la efectividad general del plan anticorrupción del Hospital.</p>

### 3.1 Recomendaciones Vigencia 2024 y anteriores

No.	Descripción de la recomendación
1	<p><b>Condición:</b> Se evidenció que, aunque los controles implementados cuentan con una descripción detallada, no tienen una frecuencia establecida para su ejecución. Esto puede llevar a una aplicación inconsistente de los controles, generando periodos sin cobertura y limitando la capacidad para detectar o prevenir riesgos de manera oportuna.</p> <p><b>Criterio:</b> Decreto 333 de 2019, Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, único reglamento de la Función Pública. Ley 906 de 2004, Artículo 67°. Ley 1474 de 2011, Artículo 9°. Ley 1712 de 2014, Artículo 20, 23, y 74.</p> <p><b>Causa:</b> Ausencia de definición de una periodicidad específica para la ejecución de los controles, lo que dificulta la uniformidad en su aplicación.</p> <p><b>Efecto:</b> Posible riesgo de errores, fraudes o incumplimientos debido a la falta de una aplicación constante y oportuna de los controles, comprometiendo así la efectividad en la gestión de riesgos de la entidad.</p>
2	<p><b>Condición:</b> Se identificó que la pregunta con menor porcentaje de asertividad en la evaluación fue la quinta, que plantea: "¿El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del Hospital incluye otras iniciativas, estrategias, mecanismos o actividades adicionales para combatir la corrupción?". La mayoría de las respuestas solo mencionaron la política de integridad, sin considerar otras iniciativas incluidas en el plan, como el Manual Integral de Riesgos, el Manual de Integridad y la Política de Administración del Riesgo. Por lo tanto, se recomienda capacitar al personal en estos aspectos para asegurar su conocimiento y comprensión de las estrategias complementarias.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 1474 de 2011 Artículo 73. Guía para la Implementación de Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p><b>Causa:</b> Falta de capacitación adecuada para el personal sobre los elementos adicionales y complementarios del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p><b>Efecto:</b> Posible desconocimiento de las estrategias adicionales para combatir la corrupción, lo cual podría limitar la efectividad del plan y reducir la comprensión integral de las herramientas disponibles en la entidad para la prevención de actos de corrupción.</p>
3	<p><b>De las recomendaciones de la vigencia 2023 se reiteran:</b></p> <p><b>Condición:</b> Una herramienta para la identificación y prevención de Riesgos de Corrupción es tener canales seguros para reportar los riesgos, es por ello que la Vicepresidencia de la Republica a través de la Secretara de Transparencia crea la Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción – RITA, cuyo objetivo es fortalecer los mecanismos de lucha contra la corrupción, acercando al ciudadano mediante canales de participación ciudadana y transparencia. Es por ello que esta auditoria recomienda seguir lo dispuesto en el Manual con base en el cual operara la exclusiva Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción – RITA, conformada por entidades del Orden Nacional y Territorial y la Secretaria de Transparencia</p>



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

No.	Descripción de la recomendación
	<p><b>Criterio:</b> Decreto 333 de 2019, Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, único reglamento de la Función Pública. Ley 906 de 2004, Artículo 67°. Ley 1474 de 2011, Artículo 9°. Ley 1712 de 2014, Artículo 20, 23, y 74.</p> <p><b>Causa:</b> El Hospital Universitario de la Samaritana no cuenta con herramientas suficientes para definir Integridad Pública, Transparencia y Legalidad, lo cual permite obtener confianza en la institucionalidad, la Secretaria de Transparencia, adscrita a la Vicepresidencia de la Republica, acompañara y recomendara la adopción de buenas prácticas de anticorrupción y el uso correcto del canal de denuncia RITA. La entidad debe socializar por todos los canales los correos electrónicos dispuestos por Vicepresidencia para las denuncias por corrupción (<a href="mailto:soytransparente@(Entidad).gov.vo">soytransparente@(Entidad).gov.vo</a>) y <a href="mailto:denunciacorrupcion@presidencia.gov.co">denunciacorrupcion@presidencia.gov.co</a> . Es por eso que el manual describe Procesos y Procedimientos que permitirán el adecuado funcionamiento de RITA. Es importante revisar la página de la Secretaria de Transparencia en donde se encuentran los documentos de buenas prácticas con el fin de actualizar nuestros procedimientos de reporte.</p> <p><b>Efecto:</b> Disminución en la participación del cliente interno y externo para reportar y prevenir Riesgos de Corrupción.</p>
4	<p><b>Condición:</b> Según las preguntas de la encuesta diligenciada en la Contraloría Departamental por parte del Gerente, Jefe de Oficina de Control Interno y Jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, se evidenció que en el Hospital Universitario de la Samaritana no existe un procedimiento para el Reporte de Riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos, como también un procedimiento de Control Fiscal Interno y Mapa de Riesgos Fiscales, como se describe en la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, página 66 y subsiguientes que contiene los lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, control fiscal interno y prevención del riesgo y levantamiento del paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados anteriormente, los cuales deben estar en cabeza de la Dirección Financiera, involucrando al Revisor Fiscal, Supervisores, Subdirector de Bienes y Servicios e Inteligencia de Mercados, Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, Oficial de Cumplimiento y Oficina de Control Interno.</p> <p><b>Criterio:</b> Decreto Ley 403 de 2020, Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal. Resolución Reglamentaria Organizacional REG-ORG - 0762 - 2020 de 2020. Ley 1474 de 2011. Artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, cuyo contenido modificó artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6.</p> <p><b>Causa:</b> Desconocimiento de normas o legislación que conduce a que E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no cuente con documentación actualizada de acuerdo a la normatividad.</p> <p><b>Efecto:</b> Pérdida de recursos públicos por el mal control en la implementación de documentación actualizada que permita un mayor control y reporte de los riesgos.</p>
5	<p><b>Condición:</b> Para dar alcance al Artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, que modificó el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 en su PARÁGRAFO 2. Las entidades del orden territorial contarán con el término máximo de dos (2) años y las entidades del orden nacional con un (1) año para adoptar el Programa de Transparencia y Ética Pública. PARÁGRAFO 3. La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República será la encargada de señalar las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir el Programa de Transparencia y Ética Pública de que trata este Artículo, el cual tendrá un enfoque de riesgos. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) o modelos sucesores deberá armonizarse con el Programa de Transparencia y Ética Pública.</p> <p><b>Criterio:</b> Ley 2195 de 2022, Artículo 31. Ley 87 de 1993. Ley 1474 de 2011</p> <p><b>Causa:</b> Desconocimiento de la norma que afecta el cumplimiento, seguimiento y prevención de actos</p>

No.	Descripción de la recomendación
	<p>de corrupción, como reforzar la articulación y coordinación de las entidades del estado.  <b>Efecto:</b> Pérdida de credibilidad institucional por el desconocimiento de las normas que promueven la prevención de actos de corrupción.</p>
6	<p><b>Condición:</b> Se realiza Autoevaluación Política Transparencia, acceso a la información y lucha contra la Corrupción 2023, que contempló un total de trece (13) preguntas, de las cuales seis (6) preguntas fueron de selección múltiple, cuatro (4) de selección única con observación para ser diligenciada por los encuestados, una (1) de selección única y dos (2) para diligenciar con observación. Se evidencia que no se tuvo presente para dar las respuestas el PAAC de la vigencia 2023, como sus componentes y actividades, así mismo se debe consultar y comparar con el conocimiento propio la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023, actualizado el 6 de septiembre de 2023.  <b>Criterio:</b> Ley 87 de 1993. Ley 1474 de 2011  <b>Causa:</b> Desconocimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano "PAAC" 2023 y sus modificaciones.  <b>Efecto:</b> Disminución en la toma de decisiones oportunas y coherentes frente a las situaciones relacionadas con el objeto de esta auditoría.</p>
7	<p><b>Condición:</b> Revisada la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, se observó que tres (3) Riesgos de Corrupción no cumplen con los criterios de diseño de controles establecidos en la Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6; Gestión Jurídica, (falta total del control), Documentación, Innovación y Gestión del Conocimiento, no hay diseño del control y Gestión de la Información TIC, los controles no evidencian la totalidad del riesgo de corrupción.  <b>Criterio:</b> Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6. B.2. Grupo Estándares de Direccionamiento, Estándar 76.  <b>Causa:</b> Incompleta implementación de controles.  <b>Efecto:</b> Dificultad en la prevención del riesgo de corrupción.</p>
8	<p><b>Condición:</b> Se observó que la ejecución de los controles está a cargo del personal que a su vez son generadores de los riesgos de corrupción, que los controles no dejan o son difusos y no hay constancia de la gestión de dichos controles. Adicionalmente, el diseño y la ejecución de los controles son mínimos y aunque se materialice el riesgo de corrupción, la mayoría de los controles no serían suficientes para mitigar dicho daño. Ante la gerencia, a la Oficina de Control Interno, Oficina Asesora Jurídica, Oficina de Control Interno Disciplinario y el Revisor Fiscal, no se ha elevado a Entes Externos. Recordando que quien se da cuenta del acto de corrupción debe hacer el reporte a esta instancia de manera anónima.  <b>Criterio:</b> Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6. 8.2. Grupo de Estándares de Direccionamiento, Estándar 76.  <b>Causa:</b> Incompleta redacción de controles.  <b>Efecto:</b> Dificultad en la prevención del riesgo de corrupción.</p>
9	<p><b>De las recomendaciones de la vigencia 2022 se reiteran:</b>  <b>Condición:</b> De la matriz de riesgos de corrupción en la vigencia 2021, que contenía treinta y tres (33) riesgos de corrupción; el riesgo de corrupción "Dilación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer un tercero". Con zona residual MODERADA en la VIGENCIA 2021; hace parte de la matriz de riesgos de corrupción 2022.  Los riesgos de corrupción de la matriz de riesgos de corrupción 2021, cuatro (4) de estos riesgos de corrupción con zona de riesgo residual ALTA no se encuentran en la matriz de riesgos de corrupción de 2022 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.  De la matriz de riesgos de corrupción 2021 se observa un ligero ajuste, modificación a la matriz 2022.</p>

No.	Descripción de la recomendación
	<p>Conforme a la metodología adoptada por la E.S.E., posterior a la implementación de los controles se obtiene el riesgo residual para cada uno de los riesgos de corrupción de la matriz 2022. Con las siguientes premisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Son 23 causas de los riesgos de corrupción, en promedio dos causas por cada uno de los riesgos de corrupción y 27 controles para mitigar y/o minimizar los riesgos de corrupción, en promedio por cada riesgo de corrupción hay 2.5 controles.</li> <li>❖ Son causas de los riesgos de corrupción: mezcla de funciones, falta de seguimiento, falta de ajustes, conflicto de intereses, fallas en los procedimientos, desgano por parte de la administración, falta de soporte tecnológico, ineficiente planeación, desorden en las acciones correctivas, supervisión insuficiente, fallos en los documentos e inadecuados controles.</li> <li>❖ Una de las causas de los riesgos de corrupción es "Insuficientes controles", causa que se repite en cinco (5) riesgos de corrupción de la matriz 2022.</li> <li>❖ De los riesgos de corrupción de la matriz 2022, todos los once (11) contienen zona de riesgo inherente; diez (10) en zona inherente ALTA y uno en zona inherente EXTREMA.</li> <li>❖ Del riesgo de corrupción "Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer un tercero". Del proceso de Gestión jurídica con zona residual MODERADA en la vigencia 2021 y que hace parte integral de la matriz de riesgos de corrupción 2022, la zona inherente es ALTA, con cuatro (4) controles, no cuenta con la evaluación del riesgo en zona residual.</li> <li>❖ De los ocho (8) riesgos de corrupción ubicados en zona de riesgo inherente ALTA y EXTREMA aplicados los controles previos y posteriores continúan en las mismas zonas ALTA y EXTREMA; por lo tanto los controles no han sido eficientes en estos riesgos de corrupción.</li> <li>❖ De los 11 riesgos de corrupción ninguno se encuentra en zona Residual MODERADA, y/o CATASTRÓFICO.</li> </ul> <p>En verificación física a los controles de los riesgos de corrupción, de la matriz de riesgos de corrupción 2022, con el responsable del proceso — funcionario público, se obtuvo la siguiente información, respecto a los controles existentes para cada uno de los riesgos de corrupción de la matriz 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos de los riesgos de corrupción no contienen controles.</li> <li>• No se establece la periodicidad de aplicación de uno de los controles establecidos en los riesgos de corrupción.</li> <li>• No se identifican los riesgos de corrupción compartidos y transversales a varios procesos de la entidad.</li> <li>• No se identifica a los responsables de implementar y aplicar cada uno de los controles.</li> <li>• No se establece si el control es implementación general o parcial.</li> <li>• Como resultado de la verificación se conoce que si bien el riesgo de corrupción está identificado en un proceso, los controles corresponden a otro proceso.</li> <li>• Se registran controles irrelevantes, mal redactados a los riesgos de corrupción.</li> <li>• Algunos de los controles corresponden a funciones establecidas en el Manual de funciones y competencias de la entidad, sin embargo, no son actividades de obligatorio cumplimiento, establecidas por norma.</li> <li>• La matriz de riesgos de corrupción 2022, en ninguna de sus partes determina las sedes.</li> </ul> <p><b>Criterio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 87 de 1993</li> <li>• Ley 1474 de 2011</li> </ul>

No.	Descripción de la recomendación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1083 de 2015</li> </ul> <p><b>Causa:</b> La matriz de corrupción 2022 de la E.S.E. no cuenta con las herramientas suficientes para definir la efectividad y eficiencia de los controles de corrupción. Falta de capacitación en materia de Gerencia, Gestión de Riesgos y Administración de riesgos. Desconocimiento de la norma, de conceptos claves en los riesgos de corrupción, como son el concepto de control y acción de mejora. Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción, en el análisis, en la definición de los controles y de su implementación. Por lo que en varios de los riesgos de corrupción se informa y aprecia el desconocimiento de la normatividad aplicable a la E.S.E., de los procesos, lo que conduce a identificar riesgos de corrupción a establecer causas y controles no relacionados y vinculados con la organización interna de la entidad. Los controles establecidos en la matriz de riesgos de corrupción 2022 implementados no generaron mitigación de los riesgos. El establecido de los riesgos de corrupción en la Zona Residual ALTA y/o EXTREMA <u>No puede ser eliminados</u>, por lo cual su identificación debe complementarse y/ justificarse en las matrices de corrupción y los planes de operativos de la entidad <b>Efecto:</b> Debilidades en la construcción de la matriz de riesgos de corrupción de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, que tome como referente todas las sedes. Ausencia de riesgos de corrupción aplicables a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en cuanto a riesgos de corrupción con foco en adquisición de medicamentos y tecnologías de la salud, entre otros.</p>
10	<p><b>De las recomendaciones de las vigencias 2021 se reiteran las siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Compromiso:</b> La responsabilidad es del más alto nivel Directo de la E.S.E.</li> <li>✓ <b>Construcción participativa:</b> Elabore el mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas para mitigar esos riesgos (controles) de manera participativa, en la que se cuente con un canal de comunicación directo con las directivas.</li> <li>✓ <b>Capacitación y conocimiento:</b> Los integrantes y/o equipos que participan tengan conocimiento de la E.S.E., de la normatividad que le rige, de la administración de riesgos e integridad en el sector público, con el fin de que se facilite la identificación, evaluación y/o cuantificación (la probabilidad e impacto, así como de las acciones que deben emprenderse), análisis, control, supervisión y monitoreo.</li> <li>✓ <b>Conocimiento</b> de los objetivos estratégicos, del Plan Indicativo, del POA, de los Planes departamentales</li> <li>✓ <b>Controles:</b> Identifique acciones viables y eficaces que sirvan como controles que mitiguen de manera adecuada las causas que hacen que los riesgos se materialicen. Controles que al interrelacionarse permiten a la entidad evaluar aquellos eventos negativos tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos estratégicos de la E.S.E.</li> <li>✓ <b>Monitoreo y Revisión,</b> adelantar pruebas de monitoreo para la prevención y detención de riesgos, monitoreo continuo de la efectividad de los controles, medición de factores de riesgos y de control versus los objetivos estratégicos; estas actividades se deben adelantar periódicamente. Acciones que le corresponden realizarlas a los líderes de los procesos, responsables de los riesgos, pues se fundamenta en la cultura del autocontrol; también lo debe efectuar la oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</li> </ul> <p>Se recomienda en cuanto a los riesgos de corrupción medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos que se incluyan en la matriz de riesgos de corrupción, de esta forma en la matriz de riesgos</p>



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

No.	Descripción de la recomendación
	de corrupción de la E.S.E. se registrara los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad.
11	<p>De las recomendaciones de las vigencias 2020 se reiteran las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Como una de las primeras herramientas se recomienda inspeccionar, examinar y analizar la metodología reconocida y difundida, para cada la línea estratégica y las líneas de defensa con el objetivo de optimizar la herramienta en todos los niveles de servidores públicos</li><li>❖ Se recomienda generar un buen mecanismo de inducción, capacitación, socialización y promulgación en los niveles operativos, para que de esta forma sea implementada efectivamente la identificación de los riesgos de corrupción y sus causas.</li><li>❖ Se recomienda efectuar un análisis cuidadoso de las causas que pueden originar la posible materialización de los riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo que permitirá identificar objetivamente los riesgos de corrupción y establecer control y/o controles adecuados por cada uno de las causas, que mitiguen el impacto y la probabilidad en caso de ocurrencia del riesgo de corrupción. El análisis de estas causas debe incluir los aspectos legales y reputaciones, el Recurso Humano, los Procesos, la Seguridad Digital, la Tecnología, la Infraestructura y el contexto externo.</li></ul>

**SOLICITUD:** Las Recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmadas conforme se enuncian, no deben ser modificados de manera total ni parcialmente.

El Código General Disciplinario – Ley 1952 de 2019, modificado por la Ley 2094 de 2021, establece los deberes funcionales de los servidores públicos, así como las faltas disciplinarias por su incumplimiento. En este sentido, no dar respuesta oportuna a los requerimientos oficiales constituye un incumplimiento del deber funcional, el cual puede configurar una falta disciplinaria, según lo dispuesto en los artículos 34, 35 y 36 de la Ley 1952 de 2019. Por lo tanto, los responsables de proceso deben dar respuesta a las solicitudes realizadas por los órganos de control y dependencias internas conforme a los principios de diligencia y responsabilidad.

El presente informe es de carácter institucional. La verificación se realizó sobre la información mínima publicada en el sitio web institucional de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana y en la intranet. Si bien la responsabilidad de la información recae en cada uno de los funcionarios públicos, esta no se asume de manera individual ni personal. Por tanto, tanto las recomendaciones consignadas en este informe como los planes de mejoramiento que se deriven del mismo tienen alcance institucional.



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

**YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**JOHN BONZA DUQUE**  
Profesional Universitario  
Oficina Asesora de Control Interno

**JHON ANDRES MENESES OROZCO**  
Profesional I Apoyo Control Interno

Bogotá, D.C. Mayo 05 de 2025

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
	CONTROL INTERNO	
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CONTROL INTERNO	
	05CIN05-V2	

**OBJETIVO:** Mejorar el proceso de la auditoría interna independiente

**NOMBRE AUDITORÍA:** Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles de Corrupción Vigencia 2025 - Encuesta "Autoevaluación de la implementación del SICOF en la Política Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción. Vigencia 2025"  
**NOMBRE AUDITADO :**  
**DEPENDENCIA Y/O PROCESO:**  
**FECHA DE LA AUDITORIA:** 11/04/2025  
**NOMBRE DEL AUDITOR:** JHON ANDRES MENESES OROZCO - Profesional I Apoyo Control Interno

Marque con una X la imagen y la condición que considere.

**CALIFIQUE AL AUDITADO**

*(Profesional de Control Interno)*

PREGUNTAS			
¿El auditado fue amable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SI	NO
¿El Auditado utilizo el Informe anterior de Auditoría para mejorar el proceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El Auditado entrego La información dentro de los plazos comunicados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CALIFIQUE AL AUDITOR**

*(Responsable del Proceso Auditado)*

PREGUNTAS			
¿El auditor fue amable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SI	NO
¿Las recomendaciones que se describieron en el Informe fueron entendidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El Auditor comunico los plazos para la entrega de la información?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTA:** La encuesta se entregara al momento del cierre de la Auditoría.