Bogotá D.C, Noviembre 18 de 2025

Doctor (a)
LEONARDO DUARTE DÍAZ - 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 RUBIO -** Coordinadora Sede UF Zipaquirá, **NESTOR ANDRES RODRÍGUEZ ORDOÑEZ -** Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá, **ADRIANA VANESSA CABALLERO HERNANDEZ -** Coordinadora de Apoyo y Enlace Administrativo Sede HR Y UF Zipaquirá, **EDGAR HUMBERTO RODRÍGUEZ 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 PEÑA DÍAZ** – Subdirector Ortopedia, **WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO** – Subdirector Neurocirugía**, CARLOS JULIO GARCIA PERLAZA** – Subdirector Ginecología y Proceso Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento (E), **MARÍA TERESA OSPINA CABRERA** – Subdirector Unidad de Cuidado Intensivo, **RUTH MARGOTH ROJAS RODRÍGUEZ** – 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 RODRÍGUEZ -** Proceso Gestión Servicios Complementarios, **LUISA ALEJANDRA PARDO RICO -** Proceso Gestión Servicios Hospitalarios, **CARLOS HARVEY JAIMES -** Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos, **GABRIEL ÁNGEL RAMÍREZ 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 GARZÓN ÁVILA -** 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 GÓMEZ RODRÍGUEZ** – 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 LIZZETH BELLO PARRA -** 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, **MARYLIN DANIELA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ -** Líder biomédica, **HEYDI XIOMARA ACERO PAEZ -** Líder de almacén, **RUBÉN MAURICIO URREGO MOSCOSO -** 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, **JENNY ALEXANDRA WAGNER –** Bacterióloga, **LIBY PAOLA PARADA CASTRO -** Líder terapias, **JENNY PAOLA ALONSO LUENGAS -** Líder de enfermería.
CESAR ESTEBAN RICAURTE ROMERO – Gestión Integrada de la Calidad, **ESLENDY YINET ROBAYO MUÑOZ –** Seguridad del paciente GIC, **LAURA CAMILA 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 FORIGUA –** Líder laboratorio, **CRISTIAN CAMILO JIMÉNEZ IBÁÑEZ –** Coordinación Unidad Funcional, **PAOLA ALEJANDRA PINEDA GARZÓN –** líder odontología, **ÁNGELA MARÍA DEL PILAR GÓMEZ VARGAS –** líder Publica, **LUISA ALEJANDRA ESPINOSA POLO –** Líder enfermería, **KARLA PAOLA CORREDOR SALAZAR –** Líder Salas de Cirugía, **WILMAR FERNANDO JIMÉNEZ GUERRERO –** Líder Almacén, **RUTH MERY LÓPEZ YUCUMA –** Analista De Cuentas Médicas, **JONIER OVIDIO RIVERA CASTAÑEDA –** Mantenimiento Ingeniería hospitalaria, **OMAR ALBERTO VARGAS ANGARITA** - Bienes y Servicios, **MILLER AHUMADA CUFIÑO** - Ingeniería Hospitalaria, **CLAUDIA PILAR CONTRERAS CONTRERAS –** Líder estadística, **MARÍA ANGELICA FORERO AHUMADA –** Gestión documental, **JAVIER PRIETO RODRÍGUEZ –** Ingeniero de sistemas.
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

REFERENCIA: INFORME FINAL AUDITORÍA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS (SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES)

Cordial Saludo:

En atención al Plan de Auditorias 2025, adjunto se envía informe final 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 asesora de Control Interno.

De acuerdo con lo anterior, se solicita que, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al envió del presente informe de auditoría, se elabore el correspondiente plan de mejoramiento con base en las recomendaciones que así lo requieran. Dicho plan deberá formularse conforme a lo establecido en:

- el procedimiento 02CIN01-V2, Actividad 21
- el instructivo "Lineamiento oportunidades de mejora", Código 06GIC03-V2, y
- el procedimiento "Formulación, Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso", código 02GIC03-V10.

Adicionalmente se envía una encuesta de satisfacción relacionada con la auditoria 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.

Se anexan doscientos cincuenta y seis (256) 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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NIT. 899.999.032-5

AUDITORÍA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS (SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ RIESGOS INSTITUCIONALES) Evaluación de la política y programa de administración de riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad. Vigencia 2025

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, Noviembre de 2025

Índice

1. Aspectos Generales 5
1.1. Objetivos 5
1.1.1. Objetivo General 5
1.1.2. Objetivos Específicos 5
1.2. Alcance de la auditoria 5
1.3. Metodología 5
1.4. Base legal 6
1.5. Normas Internas 6
1.6. Objetivos estratégicos asociados a la auditoria 7
1.7. Políticas asociadas a la auditoria 8
1.8. Evaluación de los riesgos y controles de los procesos institucionales 11
1.8.1. Control Interno 14
1.8.2. Gestión Apoyo Diagnóstico 17
1.8.3. Atención al Usuario, Familia y Comunidad 25
1.8.4. Gestión Servicios Complementarios 29
1.8.5. Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento 42
1.8.6. Bienes y Servicios 48
1.8.7. Gestión Integrada de la Calidad 63
1.8.8. Gestión Estratégica 74
1.8.9. Gestión Financiera 75
1.8.10. Ingeniería Hospitalaria 99
1.8.11. Gestión de la Información TIC 107
1.8.12. Gestión Jurídica 114
1.8.13. Gestión Servicios Quirúrgicos 121
1.8.14. Gestión de Hotelería Hospitalaria 125
1.8.15. Inteligencia de Mercados 131
1.8.16. Gestión de Servicios Ambulatorios 137
1.8.17. Gestión Servicios de Urgencias 141
1.8.18. Gestión de Salud Pública 149
1.8.19. Gestión de Tecnología Biomédica 155

1.8.20. Gestión del Talento Humano 159

1.8.21. Gestión Servicios Hospitalarios 167

1.8.22. Consolidado general de riesgos – Matriz Institucional 2025 183

1.9. Encuesta "Gestión de Riesgos Institucionales. Vigencia 2025" 187

1.9.1. Tabulación de las respuestas 188

1.9.2. Respuestas a preguntas formuladas en la encuesta 193

1.9.3. Fortalezas y debilidades detectadas 195

1.10. Indicadores del proceso auditado 196

1.10.1. Porcentaje de Materialización de Eventos Asociados a Riesgos Priorizados 196

1.10.2 Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma del Programa de Gestión del Riesgo 198

1.10.3. Conclusión general del análisis de indicadores de gestión del riesgo 199

1.11. Estándares de acreditación asociados a la auditoria 199

1.11.1 Estándar 92. Código: (GER.4) 199

1.12. Componentes y elementos del MECI 199

2. Análisis de Hallazgos de Entes de Control y su Relación con la Matriz Institucional de Riesgos 2025 200

2.1. Hallazgos Auditoría Contraloría de Cundinamarca 2024 201

2.2. Hallazgos Auditorías Supersalud y Contraloría 2023 212

2.3. Hallazgos Supersalud (riesgos no contemplados inicialmente en la matriz) 219

2.4. Hallazgos Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023 (riesgos no contemplados inicialmente en la matriz) 223

3. Riesgos Institucionales Materializados – Información Interna y Correspondencia con la Matriz de Riesgos 2025 231

3.1. Respuesta de la Oficina de Planeación y Calidad – Materialización de riesgos y seguimiento a planes de mejora 234

4. Seguimiento a recomendaciones anteriores 235

4.1 Seguimiento recomendaciones vigencia 2024 236

4.2. Seguimiento recomendaciones vigencia 2023 242

5. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar 243

5.1 Oficina Asesora Jurídica 243

5.2 Subdirección de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud 246

5.3 Oficina de Planeación y Calidad 248

5.4 Bienes y Servicios 249

5.5 Gestión Servicios Complementarios – Servicio de Farmacia 249

6. Recomendaciones 2025 250
7. Recomendaciones Vigencia 2024 253
7.1. Recomendaciones Vigencia 2023 255

1. Aspectos Generales

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo General

Realizar el seguimiento a los riesgos y controles establecidos en la matriz institucional de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Plan de Auditorías 2025, con el fin de evaluar la aplicación del Manual Integral de Riesgos y de la Política de Administración del Riesgo, adoptados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en concordancia con el Programa de Transparencia y Ética Pública 2025.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Verificar la congruencia entre los riesgos identificados en el aplicativo Almera y los registrados en la matriz institucional de riesgos, publicada en la página web del Hospital Universitario de La Samaritana.
- Analizar la relación entre los hallazgos emitidos por entes de control externo (Supersalud y Contraloría) y los riesgos institucionales, para validar su incorporación en la matriz y el seguimiento a su tratamiento.
- Evaluar la implementación de los controles definidos en la matriz de riesgos, verificando su aplicación efectiva y su correspondencia con la metodología adoptada por la entidad.
- Revisar la aplicación del Manual Integral de Riesgos y de la Política de Administración del Riesgo, verificando su articulación con el direccionamiento estratégico y su integración en la gestión de los procesos institucionales.

1.2. Alcance de la auditoria

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia 2025, la auditoría se orienta al seguimiento de la gestión de los riesgos institucionales, desde la identificación y análisis consignados en la matriz institucional de riesgos, hasta la verificación de la implementación y efectividad de los controles establecidos. La revisión se efectuará con base en el Manual Integral de Riesgos y en la Política de Administración del Riesgo, en concordancia con el Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 y conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), descritos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7.

1.3. Metodología

La auditoría inicia con la identificación de los riesgos consignados en la Matriz Institucional de Riesgos 2025 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, desagregados por cada proceso establecido. Como instrumento de recolección de información se aplicará una encuesta dirigida a los líderes de proceso, con el fin de conocer la categoría de avance respecto a los riesgos identificados y los controles implementados para su mitigación o tratamiento.

Los resultados de las encuestas serán tabulados, analizados y contrastados con la información disponible en el aplicativo Almera, en la matriz institucional publicada en la página web institucional,

en el Manual Integral de Riesgos y en la Política de Administración del Riesgo , adoptados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

La evaluación se efectuará conforme a los lineamientos del Plan Anual de Auditorías 2025, el Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 y la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (DAFP, Versión 7).

1.4. Base legal

- Constitución Política de Colombia, Art. 23 – (Derecho de petición)
- Ley 23 de 1981 – (Ética en el ejercicio profesional)
- Ley 87 de 1993 – (Control interno en el sector público)
- Decreto 1537 de 2001 – (Reglamentación del control interno)
- Decreto 943 de 2014 – (Actualiza el MECI y lo integra con la calidad)
- Decreto 1083 de 2015 – (Regula gestión pública y calidad)
- Decreto 1499 de 2017 – (Introduce el MIPG)
- Decreto 612 de 2018 – (Regula planes estratégicos en el Estado)
- Ley 1474 de 2011 – (Anticorrupción en el sector público)
- ISO 9001:2015 – (Gestión de calidad)
- ISO 31000:2018 – (Gestión de riesgos)
- Guía DAFP, Versión 7 (2023/2024) – (Lineamientos actualizados para la gestión de riesgos en el Estado)

1.5. Normas Internas

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con el **Manual Integral de Riesgos – Código 01GIC14-V4**, cuya última actualización fue realizada el 29 de abril de 2025. Este manual constituye la herramienta técnica que operacionaliza los lineamientos definidos en la Política de Administración del Riesgo, desarrollada en la sección "Políticas asociadas a la auditoría" del presente informe.

El objetivo del manual es: "*Documentar la metodología de administración y gestión de los riesgos para el HUS, con el fin de presentar la articulación de las diferentes herramientas utilizadas para gestionar los mismos de acuerdo con su tipología, lo anterior a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos con el fin de prevenir la ocurrencia o minimizar el impacto en el cumplimiento de los objetivos trazados desde la alta dirección y consignada por cada uno de los procesos. Enmarcado desde lo emanado 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 de riesgos, (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.

La definición de riesgo adoptada por el manual y sus tipos son:

Riesgo*: El riesgo es el efecto de la incertidumbre sobre los objetivos, posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.*

Riesgo de corrupción: *posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.*

Riesgo operacional: *Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.*

Riesgo de gestión: *La posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad.*

Riesgo en salud: *Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse". El evento es la ocurrencia de la enfermedad su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados (El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, Resolución 1841 de 2013, p. 51)*

Riesgo de seguridad digital: *Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.*

Riesgo fiscal*: Es el efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial. (Ver conceptos de recursos públicos, bien público e Intereses patrimoniales de naturaleza pública).*

Riesgo inherente: *Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, antes de controles, nos permite determinar el nivel de riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.*

Riesgo residual*: Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento del riesgo.*

El Manual también contempla aspectos relevantes como la metodología para la administración del riesgo, la identificación, el diligenciamiento de los riesgos en el sistema de información Almera, las estrategias de mitigación, el monitoreo y la revisión, así como una clasificación específica de los riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude).

1.6. Objetivos estratégicos asociados a la auditoria

Según 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, se dictan nueve (9) objetivos estratégicos para la entidad

de los cuales, tres (3) están relacionados con el seguimiento a gestión riesgos de procesos (riesgos y seguimiento a controles establecidos en la matriz riesgo institucional) evaluación política y programa de administración de riesgos, de acuerdo con la metodología adoptada por la entidad para la gestión de riesgos en la vigencia 2025, así:

Objetivo Estratégico No. 4: Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo.

Objetivo Estratégico No. 5: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica en el Hospital Universitario de la Samaritana, con énfasis en la atención a grupos vulnerables, a través de la certificación de los servicios de salud en habilitación y demás certificaciones que fortalezcan la implementación de las rutas integrales de atención para el año 2028.

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.

Estos objetivos estratégicos son esenciales para garantizar que la auditoría cumpla su función de control y, al mismo tiempo, contribuya efectivamente a la identificación, seguimiento y mitigación de los riesgos institucionales, en concordancia con la Política de Administración del Riesgo y la matriz institucional de riesgos del HUS.

1.7. Políticas asociadas a la auditoria

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'** correspondiente al proceso gestión estratégica. 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 los riesgos y la estandarización de sus controles, de acuerdo a sus tipologías: Operacional, SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) Fiscal 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.*

Con el fin de verificar la alineación del marco metodológico institucional con los lineamientos nacionales, se realizó un análisis comparativo entre el Manual de Administración del Riesgo y la Política de Administración del Riesgo, frente a la Guía Integral de Gestión del Riesgo DAFP Versión 7 (2025).

Nº	Componente o requisito Guía DAFP V7	Cumplimiento en el Manual del HUS	Evidencia / Observación	Acción de mejora recomendada
1	Enfoque integral de la gestión del riesgo (estratégico, operativo, fiscal, integridad, seguridad de la información)	Cumple	El Manual incorpora explícitamente las tipologías: Operacional, SICOF, Fiscal y Seguridad Digital (págs. 16–27). Integra además riesgos estratégicos, financieros, clínicos, poblacionales y ambientales.	Mantener el enfoque integral y actualizar la referencia a la Guía DAFP V7 (actualmente cita la V6/2022).
2	Política institucional de gestión del riesgo (propósito, alcance, principios, responsabilidades)	Cumple parcialmente	El Manual cita textualmente la política institucional (pág. 8) y desarrolla responsabilidades generales, pero no se evidencia acto administrativo de adopción formal.	Incorporar en anexos la resolución o acto administrativo que apruebe la política y manual, según lo exige la Guía V7.
3	Evaluación de madurez del riesgo	No cumple	El Manual no incorpora metodología ni instrumento de evaluación de madurez institucional.	Incluir en una próxima versión el instrumento de autoevaluación de madurez del riesgo (Anexo 2 Guía V7) y establecer periodicidad anual.
4	Gestión del riesgo fiscal		Desarrolla tipología y ejemplos de riesgo fiscal (págs. 23–25) con	Actualizar referencias al Anexo 3 de la Guía V7 e

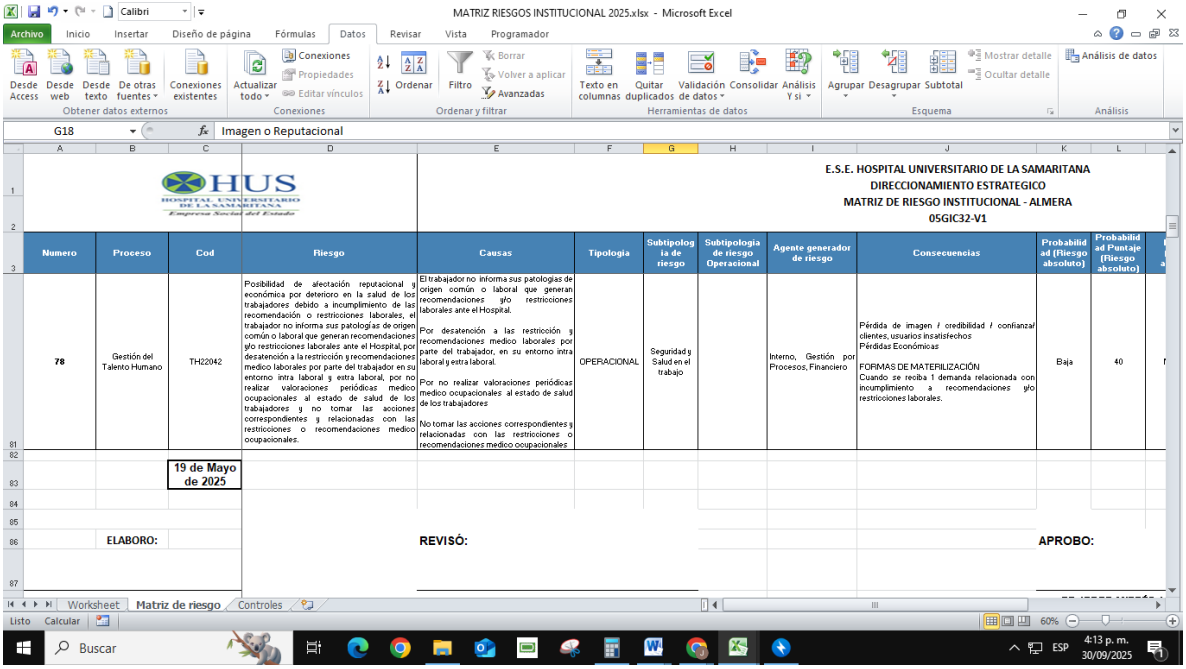
		Cumple	alineación a la Ley 610/2000 y la Guía DAFP V6.	incluir un mapa de riesgos fiscales institucional.
5	Sistema de gestión de riesgos para la integridad pública (SIGRIP)	Cumple parcialmente	Se aborda el subsistema SICOF con definiciones de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT (págs. 22–23), pero no se enmarca explícitamente en el SIGRIP.	Ajustar el capítulo para incorporar el SIGRIP como sistema integral, incluyendo roles, tipologías y articulación con la política de integridad.
6	Riesgos de seguridad de la información	Cumple	El Manual dedica un apartado completo a riesgos de seguridad digital (págs. 25–27), define activos de información, criterios de confidencialidad, integridad y disponibilidad, e incorpora lineamientos MINTIC.	Actualizar la referencia a la Estrategia de Seguridad Digital 2024 y relacionarla con el Plan de Seguridad de la Información institucional.
7	Indicadores clave de riesgo (KRI)	Cumple parcialmente	Se definen indicadores de gestión de riesgos y seguimiento en Almera, pero no se diferencian los KRI de los KPI.	Diseñar indicadores KRI preventivos por tipología y establecer umbrales de alerta temprana.
8	Roles y responsabilidades (tres líneas de defensa)	Cumple	Se desarrolla estructura y roles de las tres líneas de defensa (pág. 6), coherente con el MIPG V2.	Mantener la estructura y documentar la rendición de cuentas entre líneas en los reportes de seguimiento.
9	Herramientas y formatos parametrizados	Cumple parcialmente	El Manual usa formatos y matrices en el módulo Almera, pero están basados en la Guía V6/2022.	Adoptar los formatos oficiales DAFP V7 (Anexos 1, 3, 4 y 5) y parametrizarlos en Almera.
10	Articulación con MIPG y políticas transversales	Cumple parcialmente	Se evidencia articulación con MIPG (pág. 5 y 8), pero sin cuadro de correspondencia ni evidencia de integración documental.	Incorporar matriz de articulación con MIPG, MECI y políticas transversales (integridad, transparencia, planeación, etc.).

El análisis evidencia que el Hospital Universitario de la Samaritana ha avanzado en la implementación de un enfoque integral de gestión del riesgo, incorporando tipologías operativas, fiscales y de seguridad digital. No obstante, el Manual de Administración del Riesgo requiere actualización frente a la Guía Integral de Gestión del Riesgo – DAFP Versión 7 (2025), con el fin de incorporar los nuevos componentes normativos, metodológicos y de seguimiento establecidos por dicha guía.

1.8. Evaluación de los riesgos y controles de los procesos institucionales

Se procedió a revisar la Matriz de Riesgos Institucionales 2025 (con ruta de acceso en 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 y Ética Pública 2025 – Matriz de Riesgo Institucional 2025). La Matriz de Riesgos Institucionales incluye 78 riesgos, de los cuales 14 pertenecen a la tipología SICOF.

Fuente: *Página Web Institucional*



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL - ALMERA
05GIC32-V1

Numero	Proceso	Cod	Riesgo	Causas	Tipologia	Subtipologia de riesgo	Subtipologia de riesgo Operacional	Agente generador de riesgo	Consecuencias	Probabilidad (Riesgo absoluto)	Probabilidad Puntaje (Riesgo absoluto)
78	Gestión del Talento Humano	TH22042	Posibilidad de afectación reputacional y económica por deterioro en la salud de los trabajadores debido a incumplimiento de las recomendación o restricciones laborales, el trabajador no informa sus patologías de origen común o laboral que generan recomendaciones y/o restricciones laborales ante el Hospital, por desatención a la restricción y recomendaciones medico laborales por parte del trabajador en su entorno intra laboral y extra laboral, por no realizar valoraciones periódicas medico ocupacionales al estado de salud de los trabajadores y no tomar las acciones correspondientes y relacionadas con las restricciones o recomendaciones medico ocupacionales.	El trabajador no informa sus patologías de origen común o laboral que generan recomendaciones y/o restricciones laborales ante el Hospital. Por desatención a las restricción y recomendaciones medico laborales por parte del trabajador, en su entorno intra laboral y extra laboral. Por no realizar valoraciones periódicas medico ocupacionales al estado de salud de los trabajadores No tomar las acciones correspondientes y relacionadas con las restricciones o recomendaciones medico ocupacionales	OPERACIONAL	Seguridad y Salud en el trabajo		Interno, Gestión por Procesos, Financiero	Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos Pérdidas Económicas FORMAS DE MATERIILIZACIÓN Cuando se reciba 1 demanda relacionada con incumplimiento a recomendaciones y/o restricciones laborales.	Baja	40

19 de Mayo de 2025

ELABORO: REVISÓ: APROBO:

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de los riesgos identificados en los procesos institucionales del Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) para la vigencia 2025. Se verificó que cada riesgo y sus controles asociados cumplan con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 (2025), garantizando su coherencia con los objetivos institucionales y la efectividad de los mecanismos de control.

Asimismo, se revisó la congruencia entre la Matriz de Riesgos Institucionales 2025 y la información registrada en la plataforma Almera, así como el avance de los planes de acción asociados a cada riesgo, con el fin de garantizar la correcta identificación, gestión y seguimiento de los riesgos, fortaleciendo el control interno y la toma de decisiones en la entidad.

Evaluación de controles

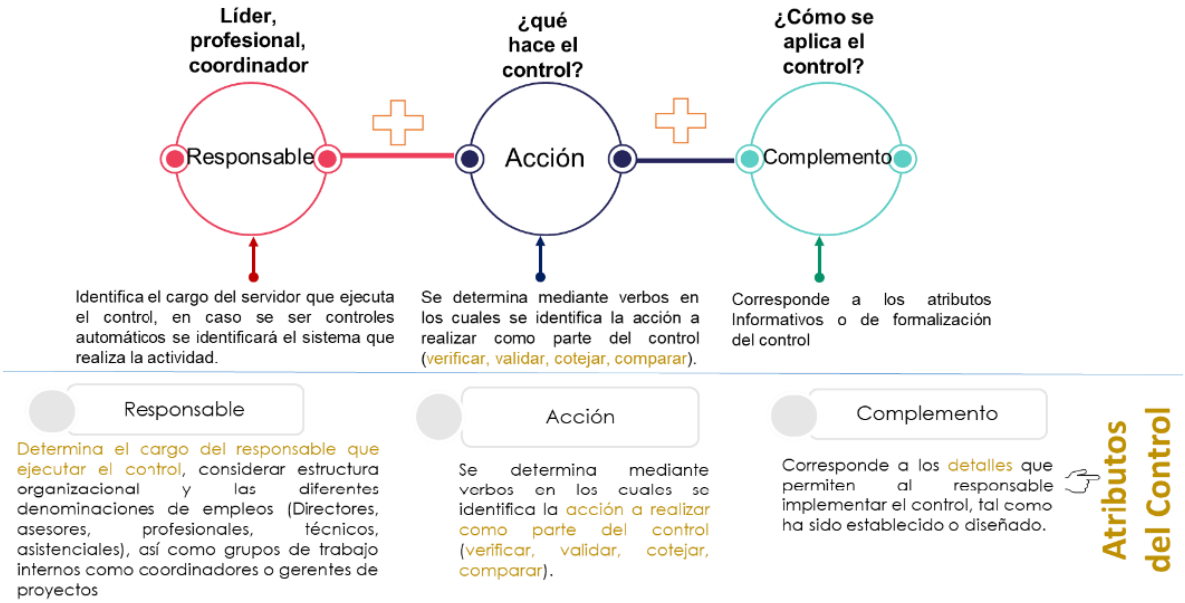
Se procedió a realizar la evaluación de los controles conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), descritos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 (Sección 3.8).

Lineamientos para tener en cuenta

Estructura para la descripción del control: para un adecuado diseño y valoración de las actividades de control, la Guía propone una estructura de redacción que agrupa los atributos necesarios para garantizar su implementación efectiva por parte del responsable.

Estos atributos sirvieron de base para evaluar si los controles definidos en la matriz institucional cumplen con los criterios mínimos establecidos por el DAFP: descripción clara, responsable definido, periodicidad y medio de verificación documentada (evidencia).

Estructura para la redacción de controles



Fuente: *Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, con base en la Guía DAFP V7 (2025)*

Características			Descripción	Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		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 (Trazabilidad de la ejecución)	Con registro	El control deja un registro que permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-
	Ejecución (Fuentes de información internas o externas)	Interna	Formatos o registros internos formales	-
		Externa	Registros externos confiables (extractos bancarios, confirmaciones de autenticidad de documentos, SECOP, SIIF, SIGEP, bases de datos).	-
		Mixta	Combinación de datos de fuentes internas y externas formales	-

Fuente: *Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, con base en la Guía DAFP V7 (2025)*

A continuación, se presentan los resultados de la revisión por proceso:

Nota metodológica:

Es importante aclarar que la revisión desarrollada en este capítulo se centra exclusivamente en la verificación formal y técnica de la formulación de los riesgos y controles institucionales, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas, Versión 7 (2025) del DAFP.

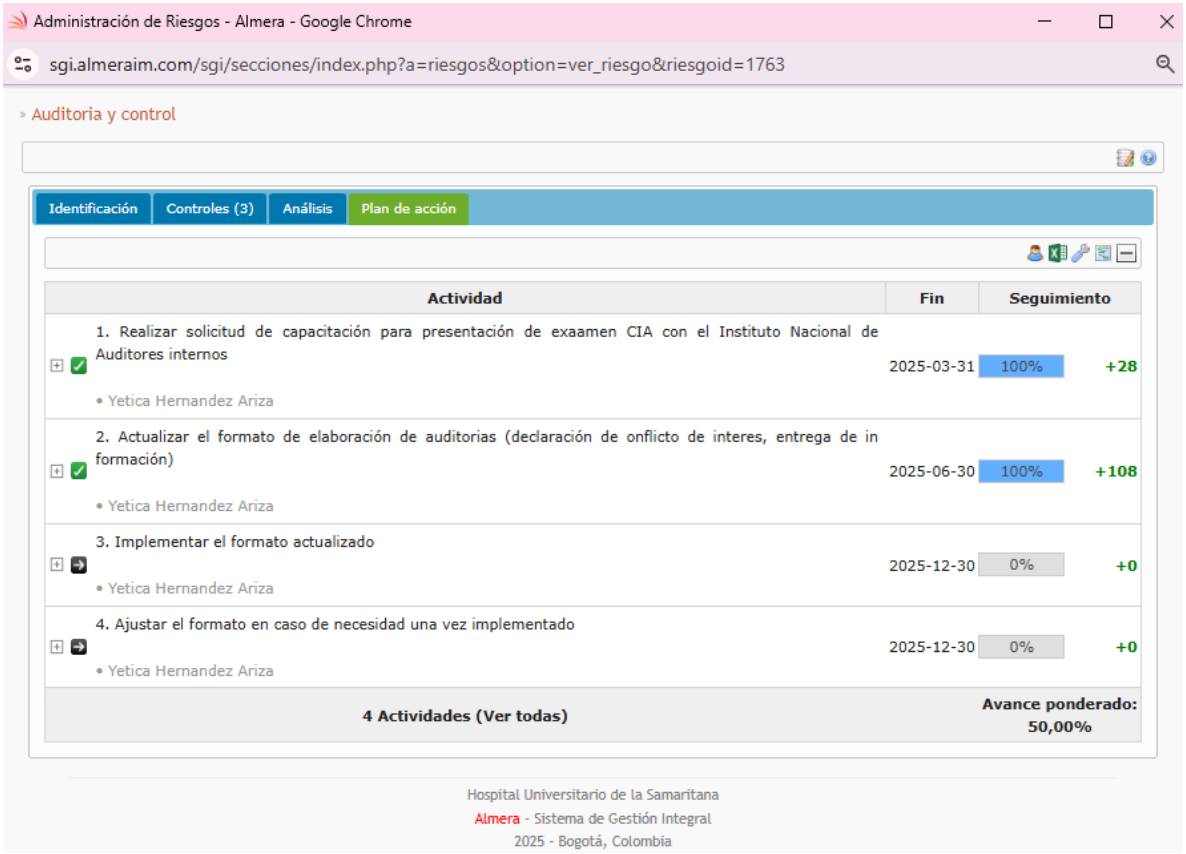
En tal sentido, las observaciones o ajustes sugeridos corresponden únicamente a aspectos estructurales y de cumplimiento de los criterios mínimos (descripción clara, responsable definido, periodicidad y medio de verificación documentada), sin modificar ni reinterpretar el contenido de fondo de los riesgos o controles, cuya definición corresponde exclusivamente a los líderes de proceso responsables.

1.8.1. Control Interno

CONTROL INTERNO RIESGO CI22060					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
CI22060	Auditoría y Control	Posibilidad de emitir informes de Auditoría sesgados o que limiten la independencia de la evaluación, debido a tipo de vinculación de los auditores, Desconocimiento del código de ética del auditor (Principio) y No aplicación del código de ética	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. págs.54-56; Fig.19 págs.61-63), el riesgo no cumple Por qué no menciona consecuencia/impacto explícito.	Posibilidad de que de emitir informes de Auditoría sesgados o que limiten la independencia de la evaluación, debido a Tipo de vinculación de los auditores, Desconocimiento del código de ética del auditor (Principio) y No aplicación del código de ética, lo que puede afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la calidad del servicio, la confianza ciudadana y el control interno.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO CI22060				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5012403	La jefe de la OCI realiza la declaración de bienes y rentas en el SIGEP dejando su registro actualizado anualmente.	Cumple	No aplica	La jefe de la OCI realiza la declaración de bienes y rentas en el SIGEP dejando su registro actualizado anualmente.
5022403	La líder de la OCI revisa el informe de auditoría preliminar y final validando el ejercicio de auditoria y emitiendo los conceptos o solicitudes para poder finalizar el ejercicio y socializarlo al proceso pertinente	Cumple	No aplica	La líder de la OCI revisa el informe de auditoría preliminar y final validando el ejercicio de auditoria y emitiendo los conceptos o solicitudes para poder finalizar el ejercicio y socializarlo al proceso pertinente
5102404	La jefe de la Oficina de Control Interno realiza la declaración de conflicto de intereses en el aplicativo de integridad de acuerdo a la necesidad y queda registro en el aplicativo establecido por el DAFP	Cumple	No aplica	La jefe de la Oficina de Control Interno realiza la declaración de conflicto de intereses en el aplicativo de integridad de acuerdo a la necesidad y queda registro en el aplicativo establecido por el DAFP

Análisis en Almera del Riesgo CI22060:



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

Análisis: Al verificar el riesgo con código **CI22060** cuenta con 4 actividades en el plan de acción en Almera, de las cuales 2 ya están cumplidas (100%) y 2 están pendientes con fecha límite del 30 de diciembre de 2025, lo que representa un avance ponderado del 50%. El progreso logrado es adecuado y las actividades restantes aún se encuentran dentro del plazo previsto.

CONTROL INTERNO RIESGO CI24081					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
CI24081	Auditoría y Control	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por emisión de informe de auditoría que no proporcione el panorama integral de lo evaluado debido a entrega de información parcial u ocultamiento por parte del proceso auditado.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por emisión de informe de auditoría que no proporcione el panorama integral de lo evaluado debido a entrega de información parcial u ocultamiento por parte del proceso auditado.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO CI24081				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5112404	El auditor designado realiza la verificación de la información allegada por parte de los procesos y notifica a la gerencia y Control Interno Disciplinario en caso de detectar información errada, alterada o no enviada	Cumple	No aplica	El auditor designado realiza la verificación de la información allegada por parte de los procesos y notifica a la gerencia y Control Interno Disciplinario en caso de detectar información errada, alterada o no enviada
5122404	Desde la OCI realizan verificación de los sistemas de información para confirmar que la información allegada es la misma que se encuentra publicadas en datos abiertos	No cumple	No describe acción concreta con verbo; no identifica responsable o área (Guía V7: Fig.16-17 págs.54-56; Fig.19 págs.61-63).	El jefe o coordinador del área respectiva debe, desde la OCI, realizar verificación de los sistemas de información para confirmar que la información allegada es la misma que se encuentra publicada en datos abiertos de manera periódica y documentada, dejando evidencia verificable para garantizar cumplimiento y transparencia.

Análisis: En el caso del riesgo con código CI24081, no cuenta con plan de acción asociado, dado que su materialización depende directamente del suministro de información por parte de los procesos auditados y no de la Oficina de Control Interno.

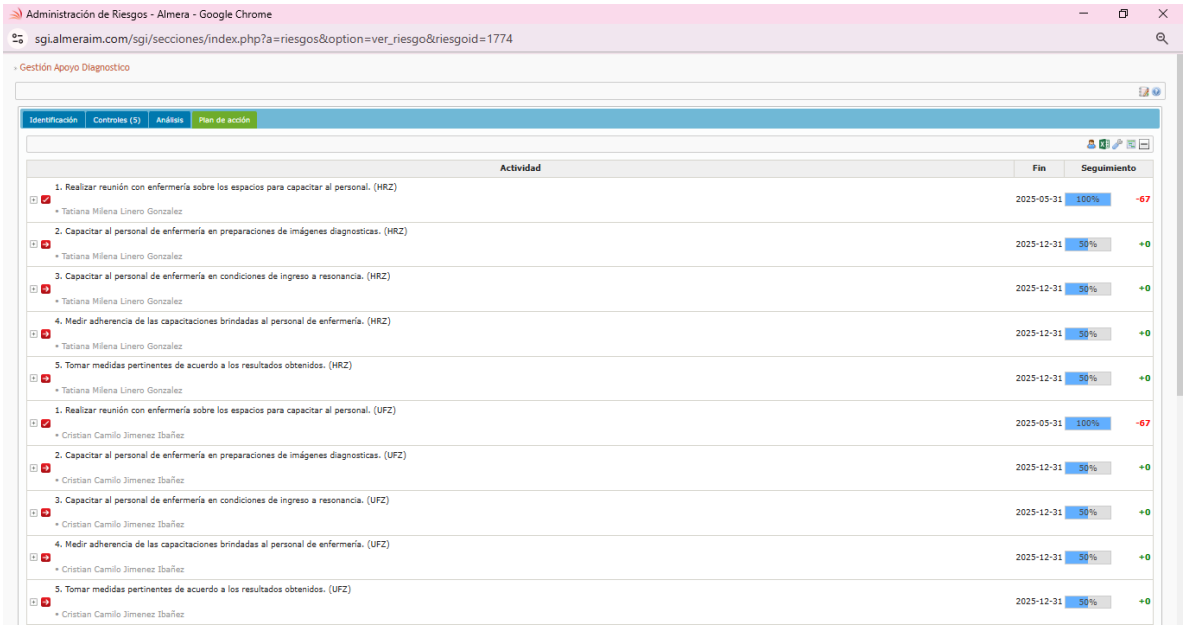
1.8.2. Gestión Apoyo Diagnóstico

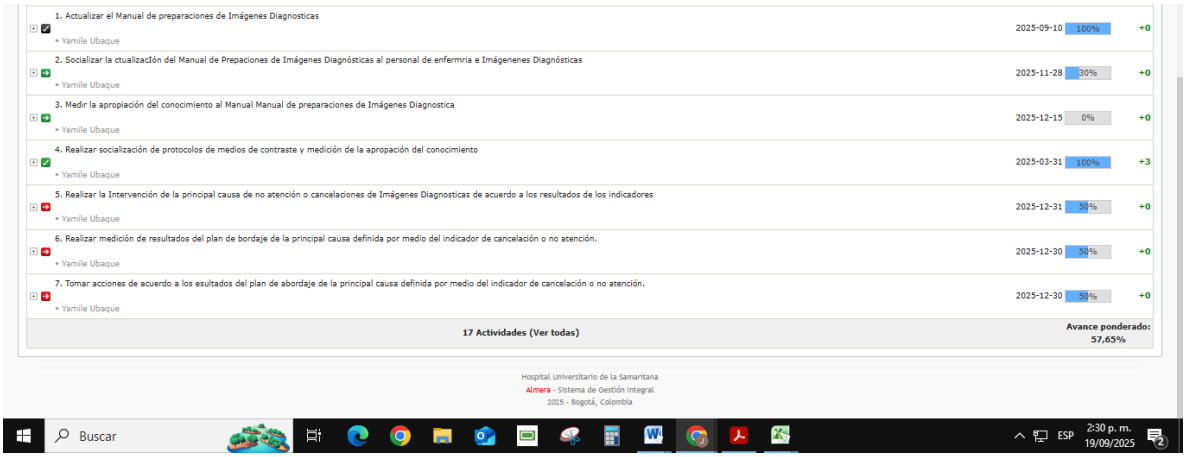
GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO RIESGO AD22045					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
AD22045	Gestión Apoyo Diagnostico	Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnosticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios	Cumple	No aplica	Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnosticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO AD22045				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1362207	El auxiliar de enfermería rutinariamente realiza la programación del paciente de acuerdo a la solicitud medica verificando la preparación requerida de acuerdo al procedimiento solicitado y condición clínica del paciente, dicha información debe ser validada por medio procedimiento de recepción y programación de pacientes, Manual de preparaciones de Imágenes diagnósticas y de los del sistema de información de radiología (RIS) y sistema de informaron de historia clínica (DGH).	Cumple	No aplica	El auxiliar de enfermería rutinariamente realiza la programación del paciente de acuerdo a la solicitud medica verificando la preparación requerida de acuerdo al procedimiento solicitado y condición clínica del paciente, dicha información debe ser validada por medio procedimiento de recepción y programación de pacientes, Manual de preparaciones de Imágenes diagnósticas y de los del sistema de información de radiología (RIS) y sistema de informaron de historia clínica (DGH).
1382207	El coordinador de Imágenes realiza el seguimiento a las novedades de preparación de manera mensual con análisis trimestral a través de reporte de re programaciones generado por medio del sistema de información RIS y análisis de indicador porcentaje de pacientes con mala preparación.	Cumple	No aplica	El coordinador de Imágenes realiza el seguimiento a las novedades de preparación de manera mensual con análisis trimestral a través de reporte de re programaciones generado por medio del sistema de información RIS y análisis de indicador porcentaje de pacientes con mala preparación.

1402207	Coordinador de Imágenes Diagnosticas realiza revisión semanal del kardex de insumos disponible suministrado desde el área de farmacia, para poder cumplir con las programaciones realizadas.	Cumple	No aplica	Coordinador de Imágenes Diagnosticas realiza revisión semanal del kardex de insumos disponible suministrado desde el área de farmacia, para poder cumplir con las programaciones realizadas.
1412207	El coordinador de Imágenes Diagnosticas realiza seguimiento al cumplimiento de los mantenimientos preventivos a través del correo de programación de mantenimiento para los equipos biomédicos asignados a imágenes diagnósticas, con notificación de incumplimientos por parte del proveedor o la institución por medio de correo electrónico.	Cumple	No aplica	El coordinador de Imágenes Diagnosticas realiza seguimiento al cumplimiento de los mantenimientos preventivos a través del correo de programación de mantenimiento para los equipos biomédicos asignados a imágenes diagnósticas, con notificación de incumplimientos por parte del proveedor o la institución por medio de correo electrónico.
1422207	El coordinador de Imágenes Diagnosticas y líder de referencia y contrarreferencia ante falla de un equipo biomédico realizan la activación de la contingencia entre sedes a través del procedimiento Contingencia para la atención de Imágenes Diagnosticas a pacientes hospitalizados y de urgencias por fallas técnicas.	Cumple	No aplica	El coordinador de Imágenes Diagnosticas y líder de referencia y contrarreferencia ante falla de un equipo biomédico realizan la activación de la contingencia entre sedes a través del procedimiento Contingencia para la atención de Imágenes Diagnosticas a pacientes hospitalizados y de urgencias por fallas técnicas.

Análisis en Almera del Riesgo AD22045:





1. Actualizar el Manual de preparaciones de Imágenes Diagnosticas • Yamile Ubaque	2025-09-10	100%	+0
2. Socializar la ctualizaclón del Manual de Prepaciones de Imágenes Diagnósticas al personal de enfermria e Imágenenes Diagnósticas • Yamile Ubaque	2025-11-28	30%	+0
3. Medir la apropiación del conocimiento al Manual Manual de preparaciones de Imágenes Diagnostica • Yamile Ubaque	2025-12-15	0%	+0
4. Realizar socialización de protocolos de medios de contraste y medición de la apropación del conocimiento • Yamile Ubaque	2025-03-31	100%	+3
5. Realizar la Intervención de la principal causa de no atención o cancelaciones de Imágenes Diagnosticas de acuerdo a los resultados de los indicadores • Yamile Ubaque	2025-12-31	50%	+0
6. Realizar medición de resultados del plan de bordaje de la principal causa definida por medio del indicador de cancelación o no atención. • Yamile Ubaque	2025-12-30	50%	+0
7. Tomar acciones de acuerdo a los esultados del plan de abordaje de la principal causa definida por medio del indicador de cancelación o no atención. • Yamile Ubaque	2025-12-30	50%	+0
17 Actividades (Ver todas)		Avance ponderado: 57,65%	

Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

Análisis: al verificar el riesgo con código **AD22045** cuenta con 17 actividades, de las cuales 4 están cumplidas al 100%, 12 en avance parcial y 1 en 0%, para un avance ponderado del 57,65%. El progreso es intermedio y dentro de los plazos establecidos, aunque se identificó actualización tardía en dos actividades y se requiere priorizar la ejecución de las que aún no inician.

GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO RIESGO AD22051					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
AD22051	Gestión Apoyo Diagnostico	Posibilidad que en la atención del laboratorio clínico, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 52–56), el riesgo no cumple porque no identifica la causa que origina el evento, lo que limita la trazabilidad y comprensión integral del riesgo para efectos de planeación y control.	Posibilidad que en la atención del laboratorio clínico se presenten fallas administrativas, de comunicación y en la prestación del servicio, debido a la falta de estandarización de procesos y comunicación interna, que impacte la calidad del servicio y el bienestar de los usuarios.

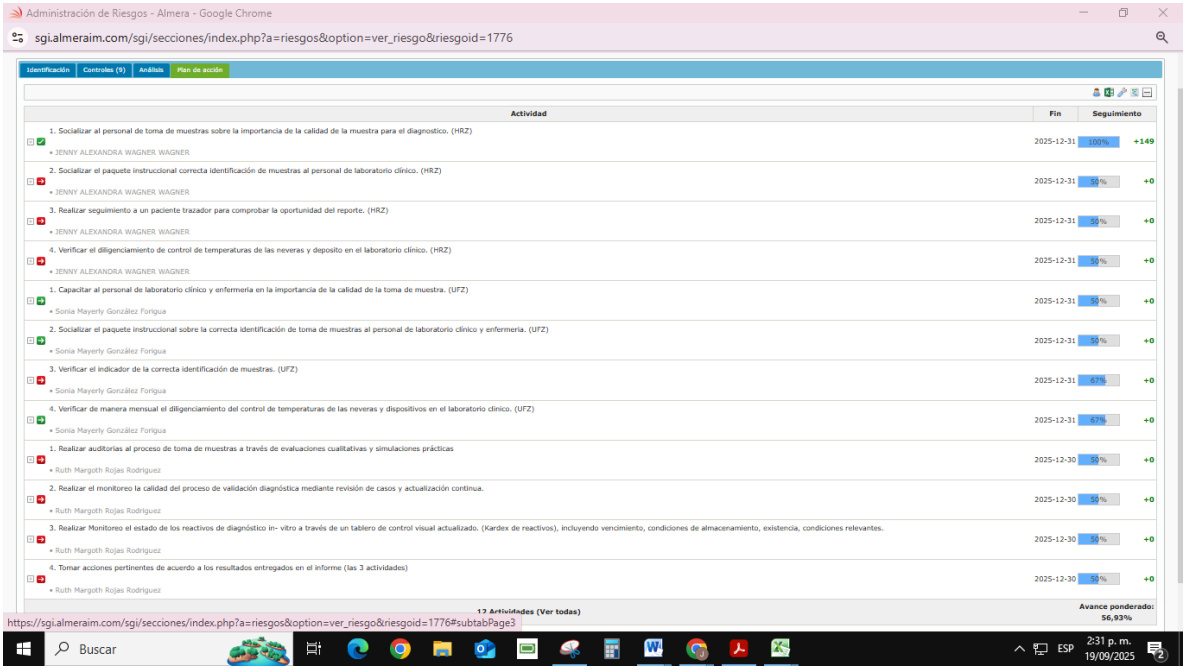
EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO AD22051				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**

5262408	El auxiliar de toma de muestras cada vez que requiere aplica los 5 correctos para realización de toma de muestras de laboratorio clínico de acuerdo con el procedimiento 02GAD04 Toma de muestras, las muestras que cumplen los 5 correctos son recibidas en el Laboratorio clínico para el procesamiento y aquellas que no cumplen se gestionan al interior del servicio a través de incidencias.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El auxiliar de toma de muestras aplica diariamente los 5 correctos para la realización de la toma de muestras de laboratorio clínico, de acuerdo con el procedimiento 02GAD04 "Toma de muestras". Las muestras que cumplen los 5 correctos son recibidas en el Laboratorio Clínico para su procesamiento, y aquellas que no cumplen se gestionan al interior del servicio a través de incidencias, dejando registro en las bitácoras y reportes del servicio como evidencia del cumplimiento.
5272408	El auxiliar de toma de muestras cada vez que requiere evalúa el estado de salud del paciente (riesgo clínico) para la utilización dispositivos médicos o equipos biomédicos que faciliten una toma de muestra sanguínea adecuada	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada del cumplimiento, lo que limita la trazabilidad del seguimiento.	El auxiliar de toma de muestras evalúa en cada procedimiento el estado de salud del paciente (riesgo clínico) para la utilización de dispositivos médicos o equipos biomédicos que faciliten una toma de muestra sanguínea adecuada, dejando evidencia del registro en la historia clínica del paciente y en los formatos asistenciales establecidos.
5282408	El profesional del laboratorio Clínico al momento de validar un resultado debe seguir los pasos estipulados en el protocolo: Correlación y validación de resultados de laboratorio clínico 03GAD16, cuando se cumplen los criterios descritos en el protocolo, los resultados de laboratorio son liberados y enviados a Historia clínica, aquellos que no cumplen o se desvían del protocolo se gestionan al interior del servicio a través de novedades de seguridad.	Cumple	No aplica	El profesional del laboratorio Clínico al momento de validar un resultado debe seguir los pasos estipulados en el protocolo: Correlación y validación de resultados de laboratorio clínico 03GAD16, cuando se cumplen los criterios descritos en el protocolo, los resultados de laboratorio son liberados y enviados a Historia clínica, aquellos que no cumplen o se desvían del protocolo se gestionan al interior del servicio a través de novedades de seguridad.
5292408	Los analizadores del laboratorio clínico del HUS cuando se generan los resultados que se encuentran comunicados a través de interfaz con el software de laboratorio, con el fin minimizar los errores de transcripción. Los resultados cuantitativos validados demuestran el buen funcionamiento de la interfaz, aquellos que no utilizan interfaz son digitados por el	Cumple	No aplica	Los analizadores del laboratorio clínico del HUS cuando se generan los resultados que se encuentran comunicados a través de interfaz con el software de laboratorio, con el fin minimizar los errores de transcripción. Los resultados cuantitativos validados demuestran el buen funcionamiento de la interfaz, aquellos que no utilizan interfaz son digitados por el profesional bacteriólogo y los desvíos son

	profesional bacteriólogo y los desvíos son gestionados a través de novedades de seguridad			gestionados a través de novedades de seguridad
5302408	El profesional del laboratorio clínico realiza el procesamiento, análisis y validación del control de calidad Interno (diario) y externo e identifica las desviaciones presentadas, se toman acciones correctivas o preventivas y se registran en el software de Control de Calidad	Cumple	No aplica	El profesional del laboratorio clínico realiza el procesamiento, análisis y validación del control de calidad Interno (diario) y externo e identifica las desviaciones presentadas, se toman acciones correctivas o preventivas y se registran en el software de Control de Calidad
5312408	El auxiliar de toma de muestras aplica los 5 correctos para realización de toma de muestras de laboratorio clínico de acuerdo con el procedimiento 02GAD04 Toma de muestras, las muestras que cumplen los 5 correctos son recibidas en el Laboratorio clínico para el procesamiento y aquellas que no cumplen se gestionan al interior del servicio a través de incidencias.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, además de duplicar el contenido del control 5262408.	El auxiliar de toma de muestras aplica diariamente los 5 correctos para la realización de la toma de muestras de laboratorio clínico, conforme al procedimiento 02GAD04 "Toma de muestras". Las muestras que cumplen los 5 correctos son recibidas en el Laboratorio Clínico para su procesamiento, y aquellas que no cumplen se gestionan al interior del servicio mediante incidencias registradas en las bitácoras del servicio, garantizando trazabilidad y verificación del cumplimiento.
5322408	El Coordinador de Laboratorio clínico realiza la compra de los reactivos de diagnóstico in-vitro de manera programada y de acuerdo con el procedimiento Elaboración y publicación de Plan Anual de Adquisiciones código 02BYS07, los reactivos utilizados en el laboratorio clínico cuentan con la evaluación técnica apropiada para su uso, aquellos no aptos, se descartan durante el proceso de compra.	Cumple	No aplica	El Coordinador de Laboratorio clínico realiza la compra de los reactivos de diagnóstico in-vitro de manera programada y de acuerdo con el procedimiento Elaboración y publicación de Plan Anual de Adquisiciones código 02BYS07, los reactivos utilizados en el laboratorio clínico cuentan con la evaluación técnica apropiada para su uso, aquellos no aptos, se descartan durante el proceso de compra.
5332408	El profesional del laboratorio clínico aplica el protocolo solicitud, recepción, almacenamiento y distribución de reactivos e insumos código: 03GAD07, para mantener la ruta correcta de los reactivos, cada vez que se requiera	Cumple	No aplica	El profesional del laboratorio clínico aplica el protocolo solicitud, recepción, almacenamiento y distribución de reactivos e insumos código: 03GAD07, para mantener la ruta correcta de los reactivos, cada vez que se requiera
5342408	La coordinación de laboratorio y/o coordinadora de calidad del laboratorio en caso de desviaciones	Cumple	No aplica	La coordinación de laboratorio y/o coordinadora de calidad del laboratorio en caso de desviaciones realizan la

	realizan la gestionan, seguimiento y tratamiento a través de novedades de seguridad del laboratorio clínico.			gestionan, seguimiento y tratamiento a través de novedades de seguridad del laboratorio clínico.

Análisis en Almera del Riesgo AD22051:



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

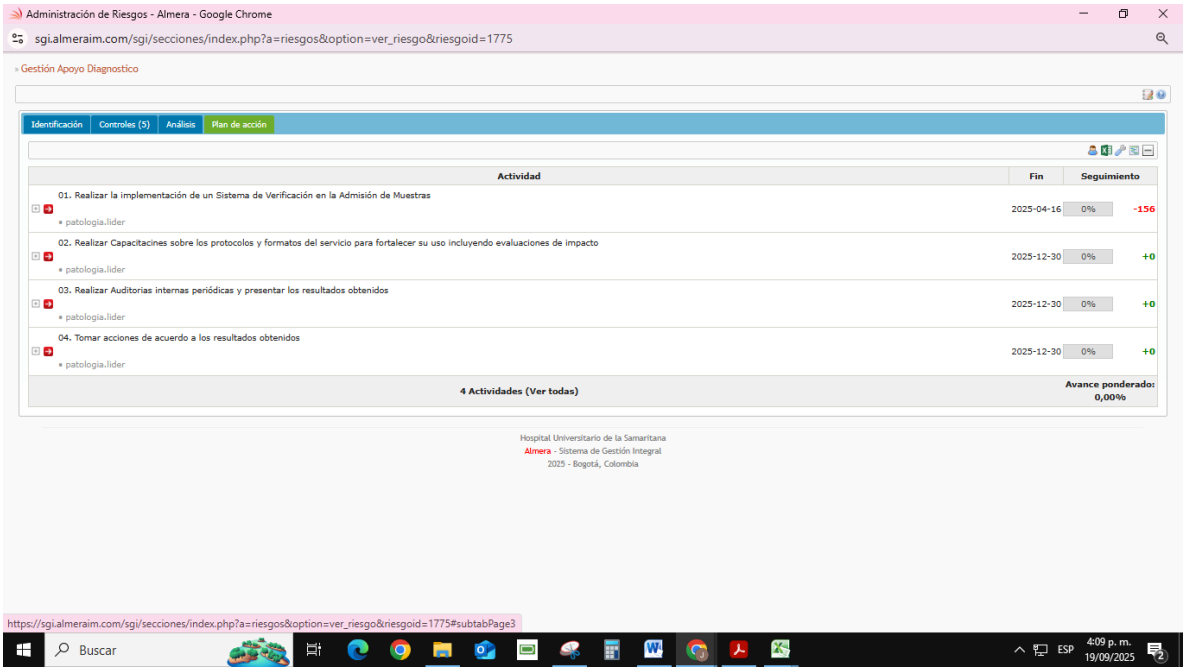
Análisis: para el riesgo con código **AD22051** se evidencian doce (12) actividades en el plan de acción, de las cuales 1 está cumplida (100%), 11 actividades presentan avances parciales entre 50% y 67%. Esto representa un avance ponderado del 56,93%. El progreso logrado es adecuado, con la mayoría de actividades en ejecución y dentro del plazo previsto, lo que permite proyectar el cumplimiento del plan hacia el cierre de la vigencia.

GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO RIESGO AD24082					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
AD24082	Gestión Apoyo Diagnostico	Posibilidad de afectación Reputacional y Económica por perdida de muestras o daño en la misma en Patología, debido a registro inadecuado o incompleto de la admisión en el sistema de información, digitación inadecuada de los resultados y falta de adherencia a protocolos y procedimientos	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación Reputacional y Económica por perdida de muestras o daño en la misma en Patología, debido a registro inadecuado o incompleto de la admisión en el sistema de información, digitación inadecuada de los resultados y falta de adherencia a protocolos y procedimientos

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO AD24082				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5352409	La líder del servicio de patología establece un protocolo de doble verificación en la admisión de muestras en donde se confirme que la información registrada coincide con la muestra física y la orden médica.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la evidencia de seguimiento y trazabilidad del cumplimiento.	El Jefe o Coordinador del área respectiva debe garantizar que la líder del servicio de patología establezca un protocolo de doble verificación en la admisión de muestras, confirmando que la información registrada coincida con la muestra física y la orden médica, de manera periódica y documentada, dejando evidencia verificable para garantizar cumplimiento y transparencia.
5362409	La líder del servicio trimestralmente realiza en el comité primario de mejoramiento el análisis de los casos en donde se haya reportado a tiempo alguna falla en el procesamiento con el fin de hacer los ajustes necesarios para atacar las causas y evitar la materialización del riesgo. Se deja como constancia el acta de los equipos primarios en donde se aborda este control.	Cumple	No aplica	La líder del servicio trimestralmente realiza en el comité primario de mejoramiento el análisis de los casos en donde se haya reportado a tiempo alguna falla en el procesamiento con el fin de hacer los ajustes necesarios para atacar las causas y evitar la materialización del riesgo. Se deja como constancia el acta de los equipos primarios en donde se aborda este control.
5372409	La líder del servicio establecerá el cronograma de capacitaciones	No	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig.	La líder del servicio establece y ejecuta semestralmente un cronograma de

	periódicas al personal sobre los protocolos y procedimientos de manejo de muestras, incluyendo la importancia de la precisión en el registro, digitación, manejo de muestras y validación de resultados.	cumple	19), el control no cumple porque no precisa periodicidad establecida ni medio de verificación documentada del cumplimiento.	capacitaciones al personal sobre los protocolos y procedimientos de manejo de muestras, enfatizando la precisión en el registro, digitación, manejo de muestras y validación de resultados. Se deja evidencia mediante listados de asistencia, memorias y reportes de capacitación archivados en el servicio.
5382409	La líder del servicio realizará auditorías internas regulares para verificar el cumplimiento de los protocolos y la precisión en el registro y manejo de muestras.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define la periodicidad de las auditorías ni el medio de verificación documentada, lo que impide comprobar el cumplimiento.	La líder del servicio realiza auditorías internas mensuales para verificar el cumplimiento de los protocolos y la precisión en el registro y manejo de muestras. Los resultados y hallazgos se documentan en informes de auditoría y planes de acción de mejora, archivados en el sistema de gestión de calidad.
5392409	La líder del servicio establecerá un sistema de trazabilidad que permita rastrear el ciclo de procesamiento de cada muestra, desde su admisión hasta la entrega de resultados. Además de establecer un protocolo de notificación de incidentes para reportar errores o pérdidas de muestras.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad de revisión ni medio de verificación documentada, lo que afecta la trazabilidad del seguimiento.	La líder del servicio mantiene actualizado el sistema de trazabilidad que permite rastrear el ciclo de procesamiento de cada muestra, desde su admisión hasta la entrega de resultados, y aplica el protocolo de notificación de incidentes para reportar errores o pérdidas de muestras. Se conserva evidencia mediante reportes del sistema y registros de incidentes analizados mensualmente en comité de calidad.

Análisis en Almera del Riesgo AD24082:



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

Análisis: Para el riesgo con código **AD24082** se evidencian cuatro (4) actividades en el plan de acción. De estas, una (1) presenta retraso de 168 días (2025-04-16, avance del 0%) y tres (3) no registran avance, aunque aún se encuentran dentro del plazo de ejecución (fecha límite 2025-12-30). El avance ponderado es **0,00%**, lo que refleja que el plan aún no inicia de manera efectiva. Aunque el cumplimiento global se mantiene posible dado que tres actividades están dentro del plazo, resulta necesario priorizar la ejecución inmediata, especialmente para recuperar la actividad vencida y garantizar que el resto se ejecute oportunamente.

1.8.3. Atención al Usuario, Familia y Comunidad

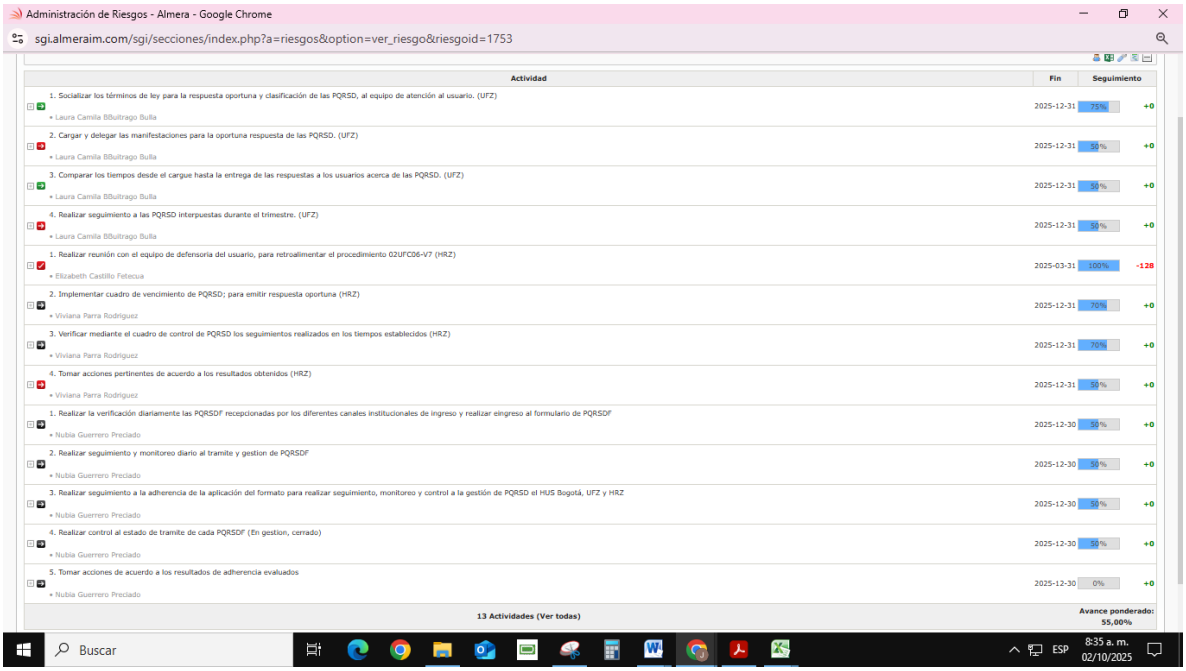
ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD RIESGO AUF22044					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
AUF22044	Atención al Usuario, familia y Comunidad	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSD, falta de adherencia al procedimiento de PQRSD por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o tramite a PQRSD por cualquier causa.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSD, falta de adherencia al procedimiento de PQRSD por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o tramite a PQRSD por cualquier causa.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO AUF22044				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1222206	La Auxiliar Administrativa o técnica de la Subdirección de Defensoría del Usuario (SDU), Verifica diariamente las PQRSDF recepcionadas por los diferentes canales institucionales de ingreso, A través del registro diario en base la datos de excel que contienen parámetros ingreso de las PQRSDF, son subidas en sistema Almera (Modulo de PQRSDF) y registradas en el libro de respectivo.	Cumple	No aplica	La Auxiliar Administrativa o técnica de la Subdirección de Defensoría del Usuario (SDU), verifica diariamente las PQRSDF recepcionadas por los diferentes canales institucionales de ingreso, a través del registro diario en base de datos en Excel que contienen parámetros de ingreso de las PQRSDF, son subidas en sistema Almera (Módulo de PQRSDF) y registradas en el libro respectivo.
1232206	La Auxiliar Administrativa SDU y Subdirectora de Defensoría al Usuario o quien haga sus veces, realiza seguimiento y monitoreo diario al trámite y gestión de PQRSDF, a través del diligenciamiento diario del formato de seguimiento, monitoreo y control	Cumple	No aplica	La Auxiliar Administrativa SDU y Subdirectora de Defensoría al Usuario o quien haga sus veces, realiza seguimiento y monitoreo diario al trámite y gestión de PQRSDF, a través del diligenciamiento diario del formato de seguimiento, monitoreo y control a la gestión de la PQRSDF que contiene

	a la gestión de la PQRSDF que contiene los parámetros fundamentales para su trámite (Clasificación, derivación, seguimiento interior, realizar la Rta. al peticionario, etc)y lo revisa y confirma la Subdirectora de Defensoría al Usuario o quien haga sus veces.			los parámetros fundamentales para su trámite (Clasificación, derivación, Realizar seguimiento interior, realizar la Rta. al peticionario, etc)y lo revisa y confirma la Subdirectora de Defensoría al Usuario o quien haga sus veces.
4162310	Diariamente la Auxiliar Administrativa SDU y Subdirectora de Defensoría al Usuario o quien haga sus veces, realiza control al estado de trámite de cada PQRSDF (en gestión, respuesta parcial, cerrada, etc.), mediante revisión del Drive ubicado en el correo electrónico institucional donde se carga diariamente la información de cada una de las PQRSDF con fuente de datos del sistema de información Almera, Módulo de PQRSDF. En caso de novedad se revisa y valida con el colaborador.	Cumple	No aplica	Diariamente la Auxiliar Administrativa SDU y Subdirectora de Defensoría al Usuario o quien haga sus veces, realiza control al estado de trámite de cada PQRSDF (en gestión, respuesta parcial, cerrada, etc.), mediante revisión del Drive ubicado en el correo electrónico institucional donde se carga diariamente la información de cada una de las PQRSDF con fuente de datos del sistema de información Almera, Módulo de PQRSDF. En caso de novedad se revisa y valida con el colaborador.
4932403	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces en su ausencia, hace seguimiento diariamente a las actividades de control establecidas para la Gestión oportuna de las PQRSD, dejando registro en el formato de seguimiento y control y en caso de necesidad tomara las correcciones necesarias.	Cumple	No aplica	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces en su ausencia, hace seguimiento diariamente a las actividades de control establecidas para la Gestión oportuna de las PQRSD, dejando registro en el formato de seguimiento y control y en caso de necesidad tomara las correcciones necesarias.
4942403	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces realiza seguimiento a toda petición diligencia el formato de Seguimiento, Monitoreo y Control a la Gestión de la Petición realizando doble verificación en la Clasificación de la petición, fecha de ingreso y fecha límite de respuesta VS la información ingresada a Almera,	Cumple	No aplica	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces realiza seguimiento a toda petición diligencia el formato de Seguimiento, Monitoreo y Control a la Gestión de la Petición realizando doble verificación en la Clasificación de la petición, fecha de ingreso y fecha límite de respuesta VS la información ingresada a Almera,
4952403	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces revisa a diario el libro de Registro	Cumple	No aplica	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces revisa a diario el libro de Registro de

	de PQRSDF VS el sistema de información Almera para validar que se hayan ingresado todas las peticiones recibidas por los diferentes medios			PQRSDF VS el sistema de información Almera para validar que se hayan ingresado todas las peticiones recibidas por los diferentes medios
4962403	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces diariamente revisa el Drive (Formato Entrega de Peticiones en Gestión) evidenciando las PQRSD que ya tienen respuesta interna para indicar a los colaboradores la transcripción de la respuesta oportunamente, el último día hábil de cada semana realiza seguimiento a las peticiones que vencen la semana siguiente a fin de evitar retrasos en la proyección de la respuesta y dar cumplimiento a los tiempos establecidos.	Cumple	No aplica	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces diariamente revisa el Drive (Formato Entrega de Peticiones en Gestión) evidenciando las PQRSD que ya tienen respuesta interna para indicar a los colaboradores la transcripción de la respuesta oportunamente, el último día hábil de cada semana realiza seguimiento a las peticiones que vencen la semana siguiente a fin de evitar retrasos en la proyección de la respuesta y dar cumplimiento a los tiempos establecidos.
4972403	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces, en caso de que se presenten novedades en los colaboradores (ausencias por diferentes causas), distribuye las peticiones que tiene asignadas el colaborador ausente con los otros colaboradores para dar continuidad a la gestión de la petición	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento, lo que limita la trazabilidad del control ante contingencias.	La subdirectora de la Defensoría del Usuario o quien haga sus veces, en caso de que se presenten novedades en los colaboradores (ausencias por diferentes causas), distribuye las peticiones que tiene asignadas el colaborador ausente con los otros colaboradores para dar continuidad a la gestión de la petición. La redistribución quedará documentada en el formato de seguimiento y control de PQRSDF o comunicación interna vía correo institucional, conservando registro en carpeta compartida (Drive SDU) como medio de verificación y evidencia del seguimiento realizado.

Análisis en Almera del Riesgo AUF22044:



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

Análisis: Para el riesgo con código **AUF22044** se evidencian trece (13) actividades en el plan de acción. De estas, doce (12) se encuentran dentro del plazo de ejecución, con avances parciales entre el 0% y el 75%. El avance ponderado es **55,00%**, lo que refleja un nivel intermedio de cumplimiento. Aunque se cuenta con una actividad vencida, esta ya fue ejecutada en su totalidad.

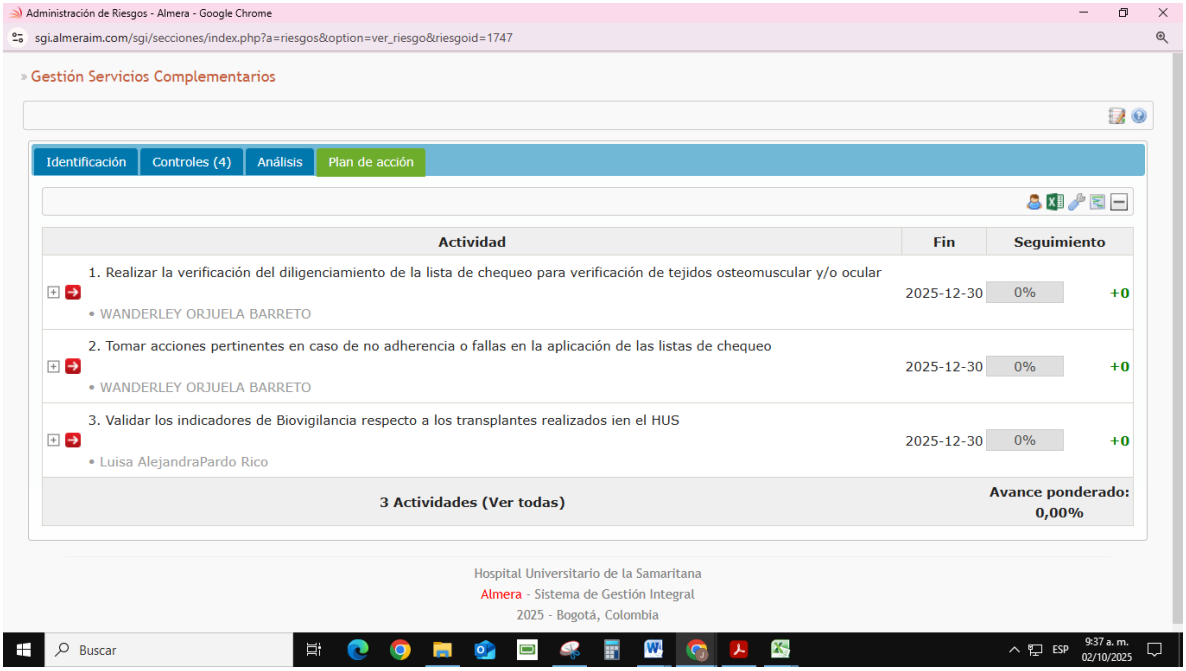
1.8.4. Gestión Servicios Complementarios

GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RIESGO GSC22047					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSC22047	Gestión Servicios Complementarios	Posibilidad de afectación económica por daño de los tejidos oculares y osteomusculares debido a falta de adherencia al procedimiento de recepción e inadecuada Cadena de custodia	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica por daño de los tejidos oculares y osteomusculares debido a falta de adherencia al procedimiento de recepción e inadecuada Cadena de custodia

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSC22047

Código (Control)	Control	Cumple Control	Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)	Control Ajustado
1442207	La instrumentadora quirúrgica realiza la verificación del embalaje primario del tejido debe encontrarse en cuestiones de integridad con su tapa cerrada y sellada, el frasco en posición vertical y el tejido sumergido en el medio de preservación, a través de la lista de chequeo para verificación de recepción de tejidos oculares y osteomusculares	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni evidencia del seguimiento, lo que limita la trazabilidad y verificación documentada.	La instrumentadora quirúrgica realiza la verificación del embalaje primario del tejido debe encontrarse en cuestiones de integridad con su tapa cerrada y sellada, el frasco en posición vertical y el tejido sumergido en el medio de preservación, a través de la lista de chequeo para verificación de recepción de tejidos oculares y osteomusculares, realizando esta verificación en cada recepción de tejido y dejando registro en dicha lista como medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del seguimiento.
1452207	El especialista pertinente verifica el embalaje que contiene el tejido y valida su integridad para que sea custodiado por parte de farmacia, a través de la lista de chequeo para verificación de recepción de tejidos oculares y osteomusculares	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni evidencia del seguimiento, lo que limita la trazabilidad y verificación documentada.	El especialista pertinente verifica el embalaje que contiene el tejido y valida su integridad para que sea custodiado por parte de farmacia, a través de la lista de chequeo para verificación de recepción de tejidos oculares y osteomusculares, realizando esta validación en cada recepción de tejido y registrando la verificación en la lista de chequeo como medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del seguimiento.
1462207	El auxiliar de servicio farmacéutico verifica y registra la temperatura de la nevera portátil para validar que se cumpla con los estándares establecidos para este manejo, a través de la lista de chequeo para verificación de recepción de tejidos oculares y osteomusculares	Cumple	No aplica	El auxiliar de servicio farmacéutico verifica y registra la temperatura de la nevera portátil para validar que se cumpla con los estándares establecidos para este manejo, a través de la lista de chequeo para verificación de recepción de tejidos oculares y osteomusculares
4422402	El regente de servicio farmacéutico verifica diariamente la temperatura y humedad del servicio farmacéutico y lo registra manualmente para contar con el dato de respaldo por telemetría, a través del formato de temperatura y humedad.	Cumple	No aplica	El regente de servicio farmacéutico verifica diariamente la temperatura y humedad del servicio farmacéutico y lo registra manualmente para contar con el dato de respaldo por telemetría, a través del formato de temperatura y humedad.

Análisis en Almera del Riesgo GSC22047:



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

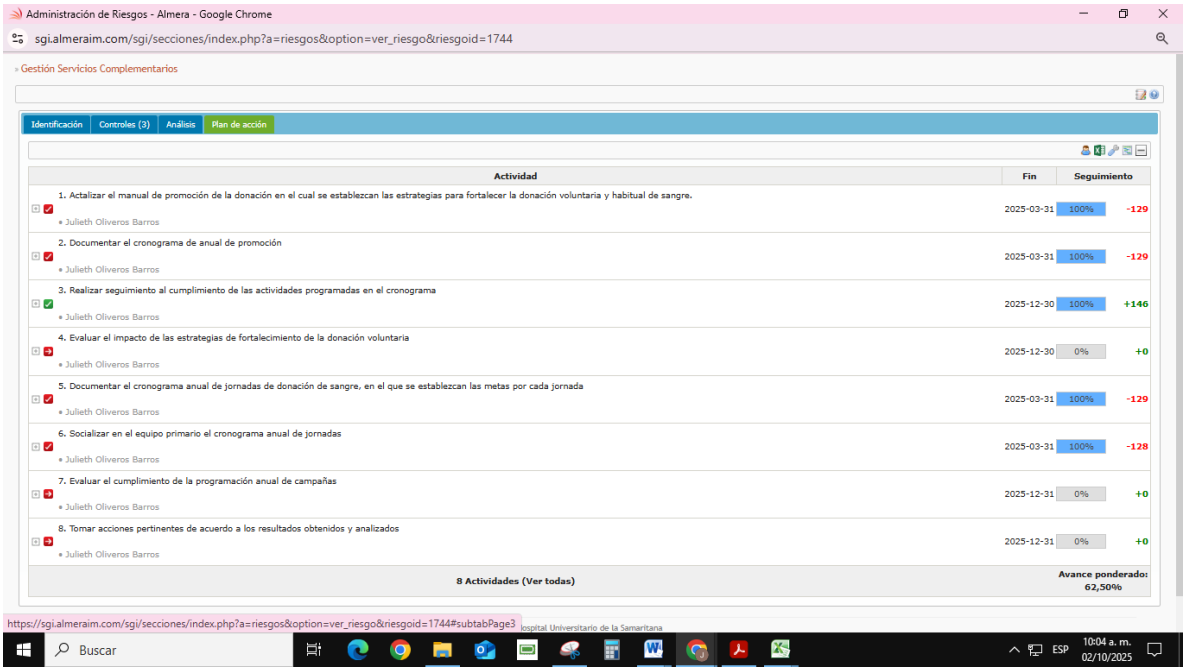
Análisis: Para el riesgo con código **GSC22047** se evidencian tres (3) actividades, todas dentro del plazo de ejecución (2025-12-30) y sin avances. El avance ponderado es **0,00%**, pero el cumplimiento global sigue siendo posible; se recomienda iniciar su ejecución oportunamente.

GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RIESGO GSC22050					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSC22050	Gestión Servicios Complementarios	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por no contar con componentes sanguíneos debido a falta de estrategia y programa promocional, baja adherencia de los manuales, protocolos y procedimientos.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por no contar con componentes sanguíneos debido a falta de estrategia y programa promocional, baja adherencia de los manuales, protocolos y procedimientos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSC22050

Código (Control)	Control	Cumple Control	Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)	Control Ajustado
3232211	El personal que realiza la entrega del hemocomponente verifica la correcta identificación del paciente a través del folio de control de transfusión dejando el registro pertinente de manera digital.	Cumple	No aplica	El personal que realiza la entrega del hemocomponente verifica la correcta identificación del paciente a través del folio de control de transfusión dejando el registro pertinente de manera digital.
3242211	La líder del servicio de banco de sangre realiza capacitación y entrenamiento al personal (nuevo y antiguo) dando a conocer primero los documentos pertinentes y luego en acompañamiento por parte del bacteriólogo ser realizan sesiones de práctica para verificar la apropiación de conocimiento.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad del seguimiento y evidencia de ejecución de la capacitación.	La líder del servicio de banco de sangre realiza capacitación y entrenamiento al personal (nuevo y antiguo) dando a conocer primero los documentos pertinentes y luego en acompañamiento por parte del bacteriólogo se realizan sesiones de práctica para verificar la apropiación de conocimiento, realizando estas capacitaciones semestralmente o cuando ingrese personal nuevo, y dejando registro en actas de asistencia y soportes fotográficos como medio de verificación documentada.
3252211	El bacteriólogo realiza la validación de la solicitud de hemocomponente recibida desde el servicio a través de dinámica gerencial dejando registro en caso que no cumpla	Cumple	No aplica	El bacteriólogo realiza la validación de la solicitud de hemocomponente recibida desde el servicio a través de dinámica gerencial dejando registro en caso que no cumpla

Análisis en Almera del Riesgo GSC22050:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

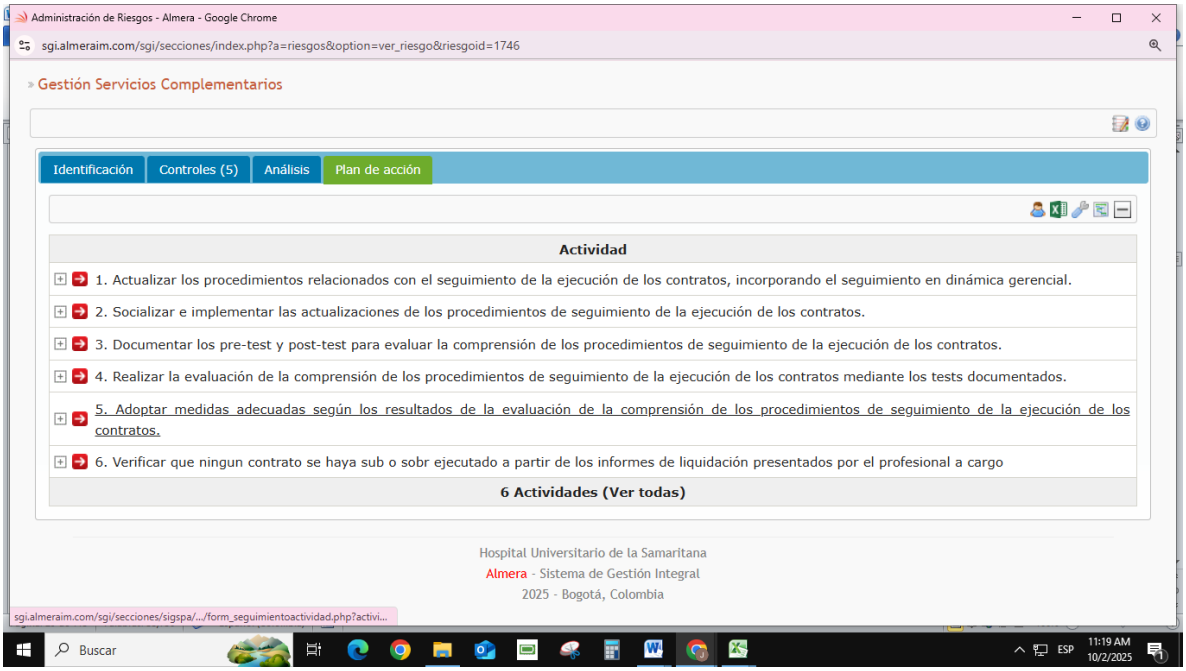
Análisis: Para el riesgo con código **GSC22050** se evidencian ocho (8) actividades en el plan de acción. De estas, cinco (5) se encuentran ejecutadas, aunque algunas se completaron de manera **extemporánea**, y tres (3) permanecen vigentes con fecha de vencimiento (2025-12-31) y aún no han iniciado. El avance ponderado es **62,50%**, reflejando un nivel intermedio-alto de cumplimiento, considerando que las actividades pendientes aún están dentro del plazo establecido.

GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RIESGO GSC22055					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSC22055	Gestión Servicios Complementarios	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la entrega medicamentos y dispositivos médicos fuera de términos de completitud y oportunidad, debido al inadecuado seguimiento a la ejecución del contrato, debilidades en la supervisión, entrega inoportuna de los proveedores y falta de adherencia a los procedimientos	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la entrega medicamentos y dispositivos médicos fuera de términos de completitud y oportunidad, debido al inadecuado seguimiento a la ejecución del contrato, debilidades en la supervisión, entrega inoportuna de los proveedores y falta de adherencia a los procedimientos

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSC22055				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4432402	El Auxiliar contable verificará semanalmente todo ingreso en DGH de modo que coincida lo contratado y lo facturado por el proveedor, dicha actividad se controlará bajo la verificación del comprobante de entrada en DGH.	Cumple	No aplica	El Auxiliar contable verificará semanalmente todo ingreso en DGH de modo que coincida lo contratado y lo facturado por el proveedor, dicha actividad se controlará bajo la verificación del comprobante de entrada en DGH.
4442402	El Profesional a cargo del Monitoreo y Análisis de Consumos, diariamente verificará las proyecciones de los consumos promedios a través de la MATRIZ DE REPOSICIÓN DE STOCKS de medicamentos y dispositivos médicos.	Cumple	No aplica	El Profesional a cargo del Monitoreo y Análisis de Consumos, diariamente verificará las proyecciones de los consumos promedios a través de la MATRIZ DE REPOSICIÓN DE STOCKS de medicamentos y dispositivos médicos.
4452402	El regente de farmacia efectuará una recepción técnica/administrativa cada vez que se reciban productos farmacéuticos, esta actividad se controlará bajo el diligenciamiento del formato de Recepción Técnica.	Cumple	No aplica	El regente de farmacia efectuará una recepción técnica/administrativa cada vez que se reciban productos farmacéuticos, esta actividad se controlará bajo el diligenciamiento del formato de Recepción Técnica.

4462402	El profesional encargado de la solicitud de órdenes de compra a proveedores realizará un seguimiento a la completitud de lo solicitado esta actividad se controlará con el ACTA DE RECIBO	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no precisa la periodicidad del seguimiento ni el medio de verificación documentada más allá del acta, lo que limita la trazabilidad del control.	El profesional encargado de la solicitud de órdenes de compra a proveedores realizará un seguimiento a la completitud de lo solicitado, controlando esta actividad con el ACTA DE RECIBO y registros de seguimiento mensual documentados, que evidencien la verificación de entregas y cumplimiento por parte del proveedor.
4472402	El profesional a cargo verifica que los contratos cuenten con saldos disponibles para realizar la solicitud de medicamentos o dispositivos médicos a través de DGH	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada del seguimiento, lo que impide evidenciar la trazabilidad del control.	El profesional a cargo verifica que los contratos cuenten con saldos disponibles para realizar la solicitud de medicamentos o dispositivos médicos a través de DGH, realizando esta verificación antes de cada solicitud y dejando evidencia en reportes o pantallazos del sistema como medio de verificación documentada.

Análisis en Almera del Riesgo GSC22055:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GSC22055**, se evidencian seis (6) actividades en el plan de acción. Ninguna actividad presenta avance registrado ni fecha de vencimiento definida, indicando

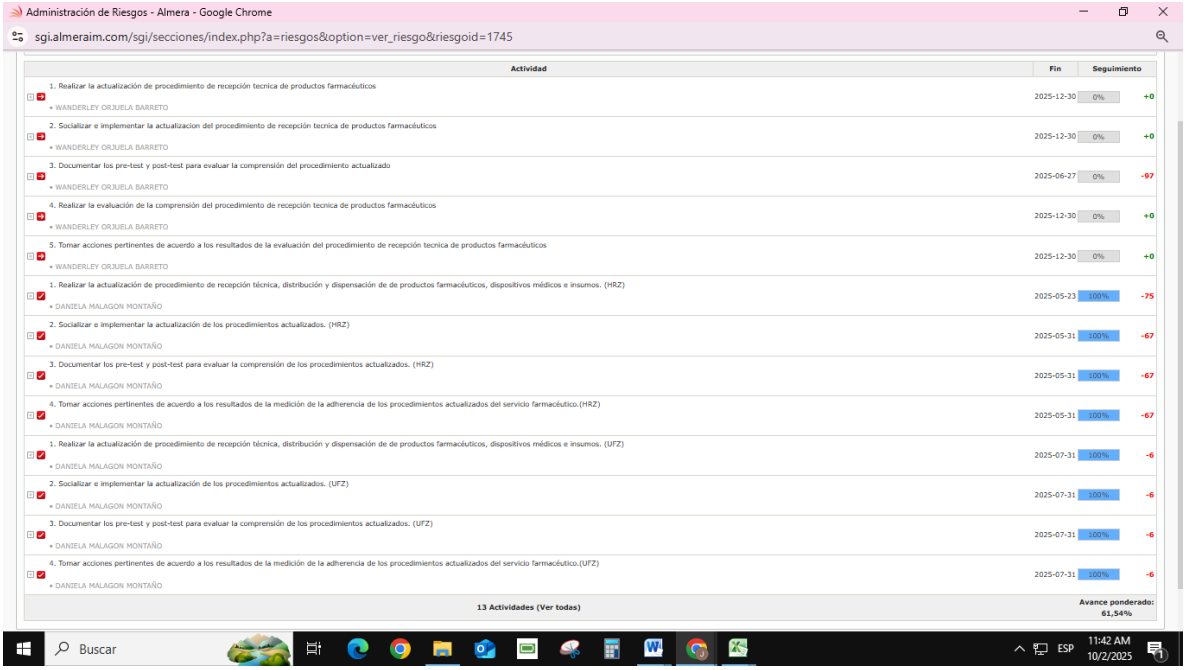
que aún no han iniciado formalmente. Por lo tanto, el avance ponderado es **0%**, reflejando un nivel bajo de cumplimiento. Se recomienda definir responsables para cada actividad, establecer fechas de vencimiento claras y realistas, y documentar avances y seguimiento de manera periódica, a fin de garantizar la implementación efectiva de las acciones y la mitigación del riesgo.

GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RIESGO GSC22057					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSC22057	Gestión Servicios Complementarios	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por fallas en la atención, debido a fallas en la dispensación de dispositivos y/o medicamentos (por digitación en Dinámica Gerencial o alistamiento en el carro de medicamentos) y fallas en la recepción técnica.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por fallas en la atención, debido a fallas en la dispensación de dispositivos y/o medicamentos (por digitación en Dinámica Gerencial o alistamiento en el carro de medicamentos) y fallas en la recepción técnica.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSC22057				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2872209	El regente de farmacia realiza la recepción técnica validando la matriz de pedido vs lo que está entregando el proveedor dejando registro en el documento de recepción técnica	Cumple	No aplica	El regente de farmacia realiza la recepción técnica validando la matriz de pedido vs lo que está entregando el proveedor dejando registro en el documento de recepción técnica
4792403	El auxiliar contable realiza verificación semanal de los ingresos en Dinámica Gerencia para validar lo contratado Vs lo facturado por el proveedor, esto se registra a través del comprobante de entrada en Dinámica Gerencial	Cumple	No aplica	El auxiliar contable realiza verificación semanal de los ingresos en Dinámica Gerencia para validar lo contratado Vs lo facturado por el proveedor, esto se registra a través del comprobante de entrada en Dinámica Gerencial

4802403	El regente de farmacia realiza el diligenciamiento del formato de revisión de carros de medicamentos validando las cantidades y lotes según el voucher de facturación en caso de inconsistencias realiza la devolución para su corrección y reporta la misma al Químico Farmacéutico	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada que respalde la trazabilidad del seguimiento.	El regente de farmacia realiza el diligenciamiento del formato de revisión de carros de medicamentos validando las cantidades y lotes según el voucher de facturación, en caso de inconsistencias realiza la devolución para su corrección y reporta la misma al Químico Farmacéutico, realizando esta verificación en cada revisión de carro de medicamentos y dejando registro en el formato de revisión como medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del seguimiento.
4812403	El Químico Farmacéutica valida que el personal de farmacia realiza el inventario diario, semanal, mensual trimestral semestral y/o anual de acuerdo a lo establecido en el HUS, los resultados de los inventarios son consignados en el formato de conteo de inventarios, de encontrara inconsistencias se procede a ajustarlo si es posible	Cumple	No aplica	El Químico Farmacéutica valida que el personal de farmacia realiza el inventario diario, semanal, mensual trimestral semestral y/o anual de acuerdo a lo establecido en el HUS, los resultados de los inventarios son consignados en el formato de conteo de inventarios, de encontrara inconsistencias se procede a ajustarlo si es posible

Análisis en Almera del Riesgo GSC22057:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

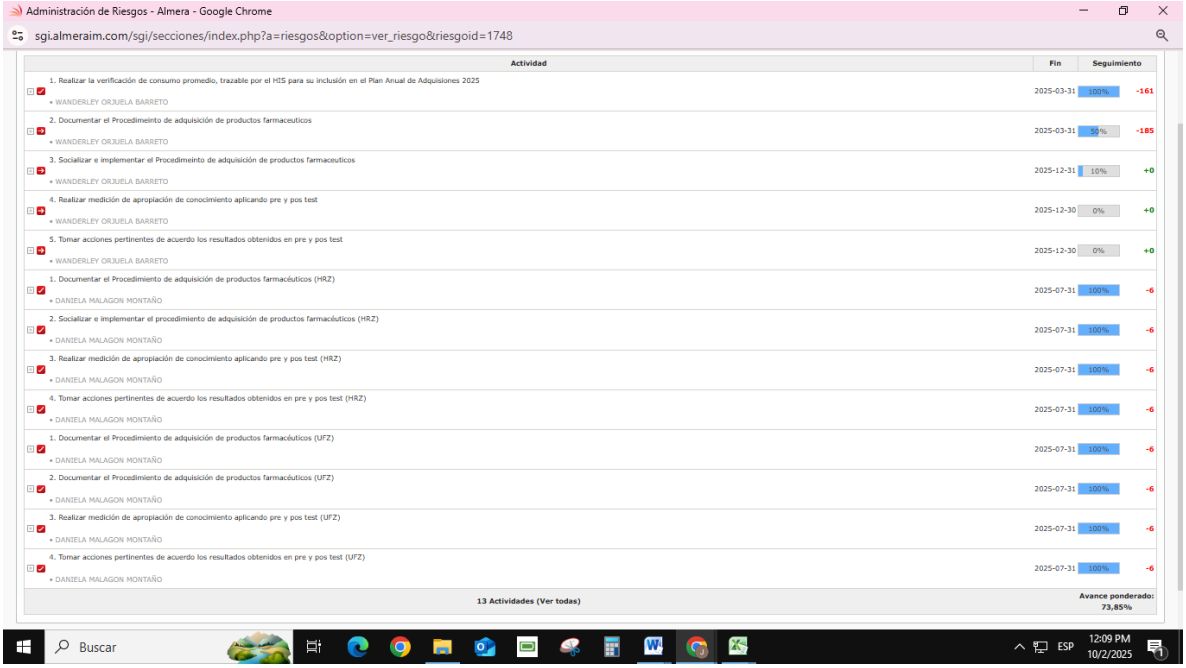
Análisis: Para el riesgo con código **GSC22057**, se evidencian trece (13) actividades en el plan de acción. De estas, ocho (8) se encuentran ejecutadas, aunque todas se completaron de manera extemporánea, y cinco (5) permanecen vigentes con fecha de vencimiento definida y aún no han iniciado. El avance ponderado es **61,54%**, reflejando un nivel intermedio-alto de cumplimiento, considerando que las actividades pendientes aún se encuentran dentro del plazo establecido para su ejecución.

GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RIESGO GSC24070					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSC24070	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	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 52–55, Fig. 14), el riesgo no cumple completamente porque no incluye de forma explícita la consecuencia (afectación económica o reputacional) derivada del evento. Esto limita el análisis integral del impacto y su alineación con los objetivos institucionales.	Posibilidad de afectación económica, reputacional y disciplinaria por recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros con el fin de favorecer la adquisición de medicamentos y/o dispositivos médicos, debido a fallas administrativas, desconocimiento normativo o deficiencias operativas, lo que puede comprometer el cumplimiento de los objetivos institucionales, la calidad del servicio, la confianza ciudadana y el control interno.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSC24070				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4332401	El supervisor del contrato, con apoyo del profesional encargado de realizar los seguimientos a la ejecución de los contratos validan y emiten el concepto para realizar la radicación de las facturas de acuerdo a la periodicidad definida por el área	Cumple	No aplica	El supervisor del contrato, con apoyo del profesional encargado de realizar los seguimientos a la ejecución de los contratos validan y emiten el concepto para realizar la radicación de las facturas de acuerdo a la periodicidad definida por el área.
4342401	El supervisor del contrato genera un informe cuando se alcanza el 50 y el 100% de ejecución del contrato a partir de los resultados obtenidos en la conciliación con el proveedor y lo remite a la dirección financiera	Cumple	No aplica	El supervisor del contrato genera un informe cuando se alcanza el 50 y el 100% de ejecución del contrato a partir de los resultados obtenidos en la conciliación con el proveedor y lo remite a la dirección financiera

4352401	El líder del servicio farmacéutico asigna la evaluación técnica, de manera aleatoria, al o a los QFs que correspondan, para que dicha calificación técnica se haga de manera técnica y acorde a las necesidades de la institución, incluyendo la verificación de la documentación de experiencia aportada por el oferente, dando su concepto individual CUMPLE o NO CUMPLE en tres aspectos: Registro Sanitario, Ficha Técnica y Experiencia (por tiempo y monto). Cada Farmacéutico evalúa de manera independiente y conforme a su criterio técnico, su asignación aleatoria y el concepto técnico del área de farmacia se radica al área de compras, con la firma y visto bueno del equipo de QFs que hayan participado en dicha calificación.	Cumple	No aplica	El líder del servicio farmacéutico asigna la evaluación técnica, de manera aleatoria, al o a los QFs que correspondan, para que dicha calificación técnica se haga de manera técnica y acorde a las necesidades de la institución, incluyendo la verificación de la documentación de experiencia aportada por el oferente, dando su concepto individual CUMPLE o NO CUMPLE en tres aspectos: Registro Sanitario, Ficha Técnica y Experiencia (por tiempo y monto). Cada Farmacéutico evalúa de manera independiente y conforme a su criterio técnico, su asignación aleatoria y el concepto técnico del área de farmacia se radica al área de compras, con la firma y visto bueno del equipo de QFs que hayan participado en dicha calificación.
4362401	El profesional encargado de abastecimiendo revisa los consumos de medicamentos y dispositivos médicos de manera diaria, a través del sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) generando el dato para establecer el consumo promedio mensual, que es el insumo para definir el requerimiento de adquisición a incluir en el PAA y en los estudios previos que resultarán en los procesos de adquisición (Convocatoria, Compra Directa y/o Caja Menor) a fin de que sean verificable estas cantidades, manteniendo la trazabilidad de los comportamientos de consumo institucional y stock disponible. Profesional que no será contemplado dentro de la asignación de calificación técnica de los procesos en curso de adquisición futuros.	Cumple	No aplica	El profesional encargado de abastecimiendo revisa los consumos de medicamentos y dispositivos médicos de manera diaria, a través del sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) generando el dato para establecer el consumo promedio mensual, que es el insumo para definir el requerimiento de adquisición a incluir en el PAA y en los estudios previos que resultarán en los procesos de adquisición (Convocatoria, Compra Directa y/o Caja Menor) a fin de que sean verificable estas cantidades, manteniendo la trazabilidad de los comportamientos de consumo institucional y stock disponible. Profesional que no será contemplado dentro de la asignación de calificación técnica de los procesos en curso de adquisición futuros.

Análisis en Almera del Riesgo GSC24070:



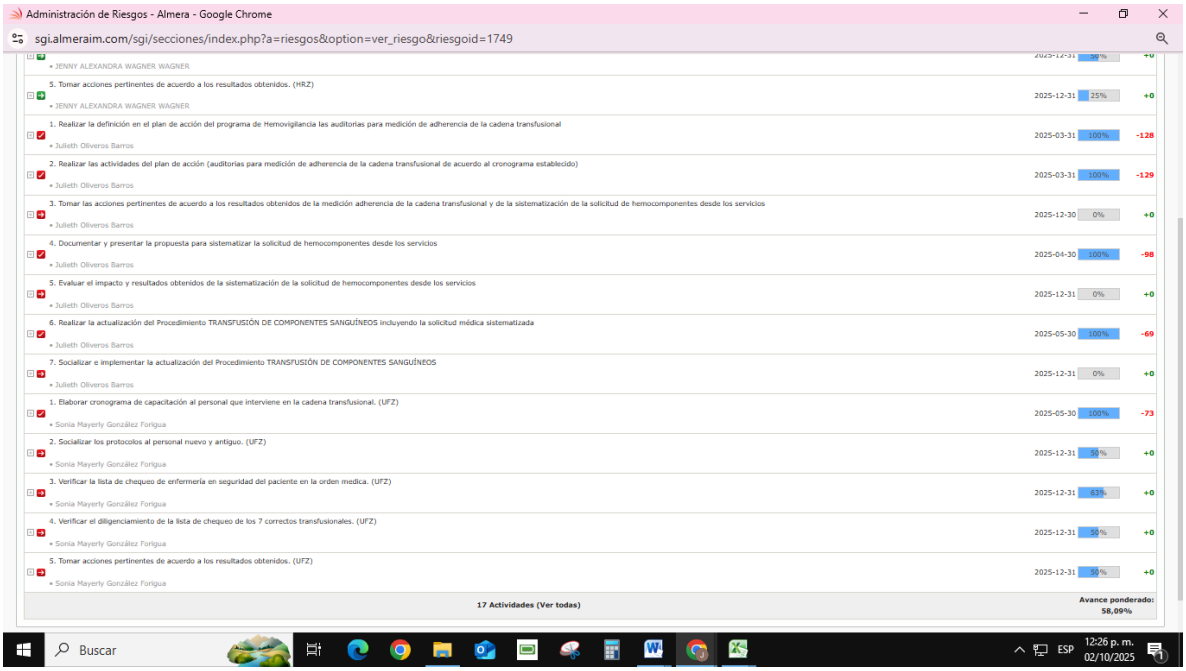
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GSC24070**, se evidencian trece (13) actividades en el plan de acción. Nueve (9) se encuentran ejecutadas al 100%, aunque todas se completaron de manera extemporánea; una (1) actividad presenta avance parcial del 50% con vencimiento superado; y tres (3) permanecen vigentes con porcentajes de avance entre el 0% y 10%. El avance ponderado es del **73,85%**, lo que refleja un nivel alto de cumplimiento, aunque persiste la debilidad en la oportunidad, dado que la mayoría de actividades fueron cerradas fuera de plazo.

GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RIESGO GSC24073					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSC24073	Gestión Servicios Complementarios	Posibilidad de afectación económica y reputacional por identificación incorrecta del hemocomponente para transfusión sanguínea, debido a baja adherencia de los manuales, protocolos y guías en las buenas prácticas de la transfusión de hemocomponentes.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por identificación incorrecta del hemocomponente para transfusión sanguínea, debido a baja adherencia de los manuales, protocolos y guías en las buenas prácticas de la transfusión de hemocomponentes.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSC24073				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4542402	El personal que realiza la entrega del hemocomponente verifica permanentemente la correcta identificación del paciente a través del folio de control de transfusión dejando el registro pertinente de manera digital.	Cumple	No aplica	El personal que realiza la entrega del hemocomponente verifica permanentemente la correcta identificación del paciente a través del folio de control de transfusión dejando el registro pertinente de manera digital.
4552402	La líder del servicio de banco de sangre realiza capacitación mensual al personal antiguo y entrenamiento al personal nuevo, dando a conocer primero los documentos pertinentes y luego en acompañamiento por parte del bacteriólogo ser realizan sesiones de practica para verificar la apropiación de conocimiento.	Cumple	No aplica	La líder del servicio de banco de sangre realiza capacitación mensual al personal antiguo y entrenamiento al personal nuevo, dando a conocer primero los documentos pertinentes y luego en acompañamiento por parte del bacteriólogo ser realizan sesiones de practica para verificar la apropiación de conocimiento.
4562402	El bacteriólogo realiza permanentemente la validación de la solicitud de hemocomponente recibida desde el servicio a través de dinámica gerencial dejando registro	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no especifica con claridad la periodicidad (solo dice "permanentemente") ni define el medio de verificación documentada del registro, lo que limita la trazabilidad del seguimiento.	El bacteriólogo realiza la validación de la solicitud de hemocomponente recibida desde el servicio a través de Dinámica Gerencial, dejando registro en el sistema o soporte digital correspondiente como medio de verificación documentada, realizando esta validación en cada solicitud recibida para garantizar la trazabilidad y evidencia del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GSC24073:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

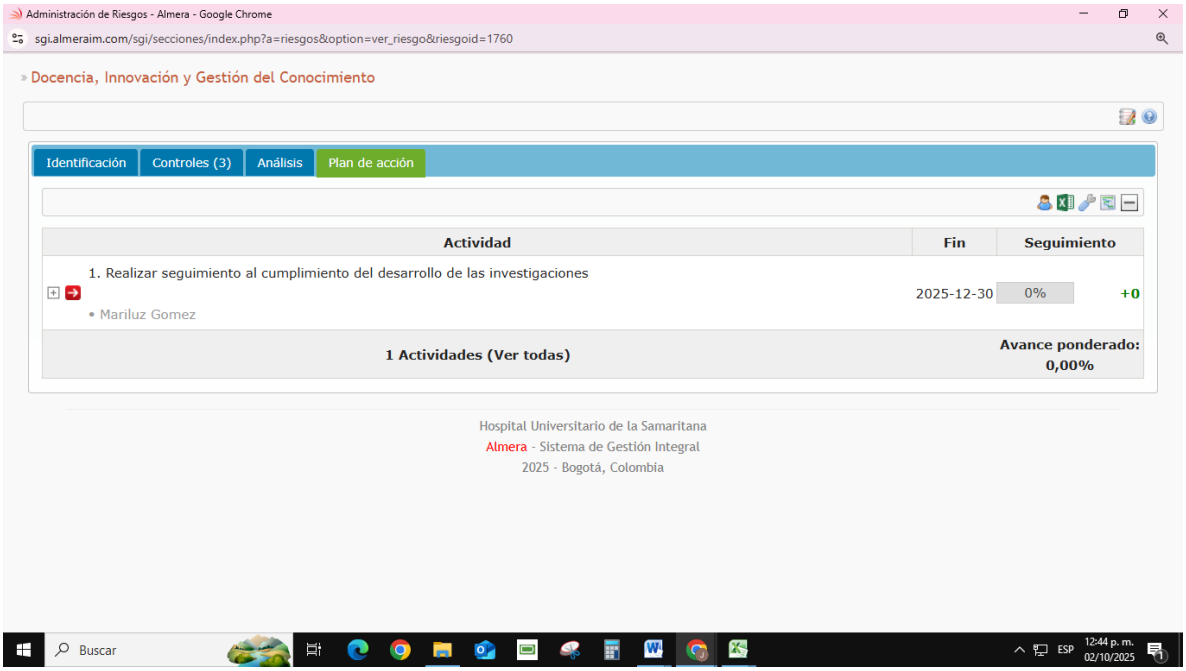
Análisis: Para el riesgo con código GSC24073, se evidencian diecisiete (17) actividades en el plan de acción. De estas, seis (6) se encuentran ejecutadas al 100%, todas de manera extemporánea; nueve (9) presentan avances parciales entre 25% y 63%; y dos (2) aún no se han iniciado, aunque cuentan con fecha de vencimiento vigente. El avance ponderado es 58,09%, lo que refleja un nivel intermedio de cumplimiento. Se sugiere intensificar el seguimiento a las actividades en curso y priorizar la ejecución de las pendientes para garantizar el cierre oportuno del plan y la mitigación del riesgo.

1.8.5. Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento

DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO RIESGO DO22046					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
DO22046	Docencia, innovación y gestión del conocimiento	Posibilidad de afectación reputacional por no contar con la estructura necesaria para asesorar y hacer seguimiento a los grupos de investigación Institucional, debido a falta de oportunidad en el seguimiento de las investigaciones, alto número de grupos de investigación y falta de competencias de los profesionales encargados de hacer el seguimiento.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional por no contar con la estructura necesaria para asesorar y hacer seguimiento a los grupos de investigación Institucional, debido a falta de oportunidad en el seguimiento de las investigaciones, alto número de grupos de investigación y falta de competencias de los profesionales encargados de hacer el seguimiento.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO DO22046				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5232408	El Subdirector de Educación Médica revisa y valida mensualmente los informes generados por los profesionales y toma decisiones o imparte directrices de ser necesario	Cumple	No aplica	El Subdirector de Educación Médica revisa y valida mensualmente los informes generados por los profesionales y toma decisiones o imparte directrices de ser necesario
5242408	Las profesionales hacen el seguimiento a los grupos de investigación 1 vez por trimestre soportado mediante actas y emiten el concepto para su verificación	Cumple	No aplica	Las profesionales hacen el seguimiento a los grupos de investigación 1 vez por trimestre soportado mediante actas y emiten el concepto para su verificación
5252408	De manera mensual se presentan trabajos de investigación (si existen) para su aprobación en el comité de ética	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define responsable directo ni medio de verificación documentada (solo menciona presentación de trabajos). Esto limita la trazabilidad del seguimiento.	El Jefe o Coordinador del área respectiva debe asegurar que los trabajos de investigación (cuando existan) se presenten mensualmente al comité de ética para su aprobación, dejando evidencia en las actas del comité como medio de verificación documentada, garantizando la trazabilidad y registro de las decisiones.

Análisis en Almera del Riesgo DO22046:



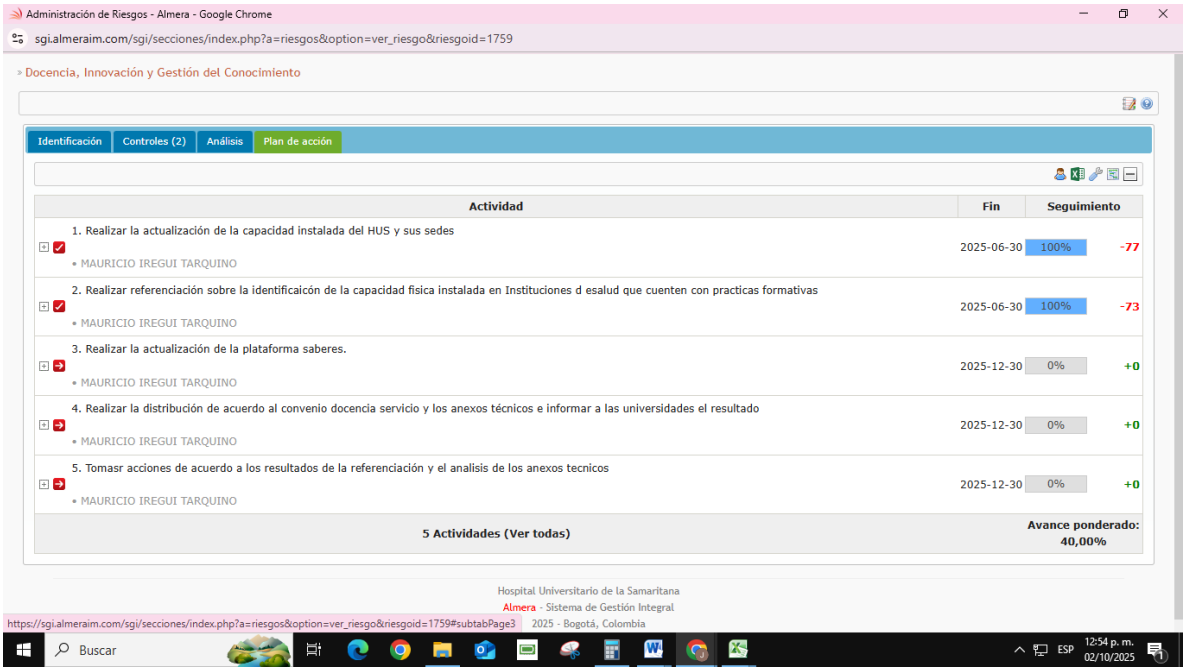
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **DO22046**, se registra una (1) actividad en el plan de acción que no ha iniciado ejecución (0%), aunque se encuentra dentro del plazo vigente. El avance ponderado es de **0,00%**, lo que refleja un nivel nulo de cumplimiento. Se sugiere iniciar oportunamente la actividad para asegurar el seguimiento a las investigaciones y la mitigación del riesgo.

DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO RIESGO DO22056					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
DO22056	Docencia, innovación y gestión del conocimiento	Posibilidad de afectación reputacional y económica por no contar con el recurso humano encargado de realizar la docencia Institucional, debido a desequilibrio en el cálculo de la capacidad instalada Vs los estudiantes en formación y fallas en la comunicación entre la oferta de servicios del hospital y el número de estudiantes adecuado a esa oferta.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional y económica por no contar con el recurso humano encargado de realizar la docencia Institucional, debido a desequilibrio en el cálculo de la capacidad instalada Vs los estudiantes en formación y fallas en la comunicación entre la oferta de servicios del hospital y el número de estudiantes adecuado a esa oferta.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO DO22056				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2912209	El Subdirector de Educación médica revisa los anexos técnicos allegados por cada convenio Docencia Servicio y en caso de discrepancias solicita sus ajustes o los aprueba siendo parte integral del convenio docencia servicio de cada universidad.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad del seguimiento y evidencia del control.	El Subdirector de Educación Médica revisa los anexos técnicos allegados por cada convenio Docencia Servicio y, en caso de discrepancias, solicita sus ajustes o los aprueba, siendo parte integral del convenio Docencia Servicio de cada universidad. Esta revisión se realiza cada vez que se suscriba o renueve un convenio, dejando evidencia en actas o comunicaciones oficiales como medio de verificación documentada.
2922209	La Profesional de Docencia Servicio cada vez que recibe estudiantes y/o por solicitud de las universidades realiza verificación de la plataforma Saberes por cada universidad validando lo establecido en el anexo técnico vS lo documentado en la plataforma, en caso de discrepancia se notifica a la Universidad o entidad educativa correspondiente para su ajuste pertinente	Cumple	No aplica	La Profesional de Docencia Servicio cada vez que recibe estudiantes y/o por solicitud de las universidades realiza verificación de la plataforma Saberes por cada universidad validando lo establecido en el anexo técnico vS lo documentado en la plataforma, en caso de discrepancia se notifica a la Universidad o entidad educativa correspondiente para su ajuste pertinente

Análisis en Almera del Riesgo DO22056:



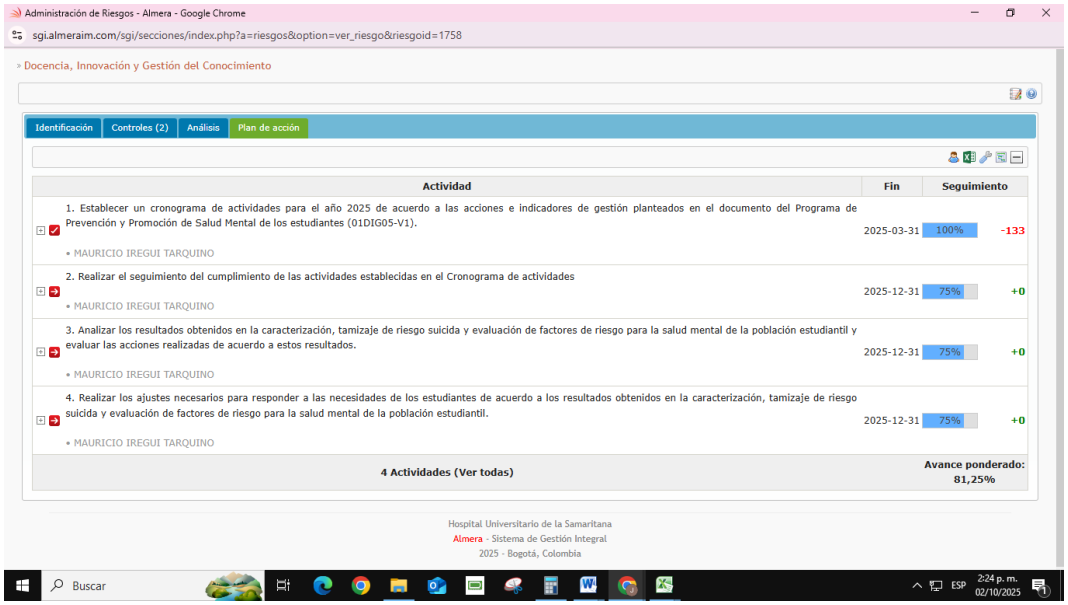
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **DO22056**, se evidencian cinco (5) actividades en el plan de acción. De estas, dos (2) se encuentran ejecutadas al 100%, aunque ambas fueron completadas de manera extemporánea; y tres (3) permanecen vigentes con fecha de vencimiento (2025-12-30), pero aún no han iniciado. El avance ponderado es **40,00%**, lo que refleja un nivel bajo de cumplimiento. Se recomienda priorizar el inicio oportuno de las actividades pendientes y reforzar el seguimiento para evitar acumulación de retrasos y asegurar la mitigación del riesgo.

DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO RIESGO DO24084					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
DO24084	Docencia, innovación y gestión del conocimiento	Posibilidad de afectación reputacional y económica por multa o sanción del ente regulador debido a la no Caracterización de las condiciones en Salud Mental de los estudiantes y no articulación con los docentes	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional y económica por multa o sanción del ente regulador debido a la no Caracterización de las condiciones en Salud Mental de los estudiantes y no articulación con los docentes

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO DO24084				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5572502	La psicóloga de educación médica realiza y envía un informe trimestral de caracterización y tamizaje de riesgo suicida y condiciones de salud mental que se puedan presentar, para notificación a la Subdirección de Educación médica, las instituciones educativas y los docentes.	Cumple	No aplica	La psicóloga de educación médica realiza y envía un informe trimestral de caracterización y tamizaje de riesgo suicida y condiciones de salud mental que se puedan presentar, para notificación a la Subdirección de Educación médica, las instituciones educativas y los docentes.
5582502	La psicóloga de educación médica realiza el seguimiento mensual a los estudiantes que rotan en la institución y que se encuentren identificados con algún riesgo dentro del tamizaje, dejando su respectivo soporte de Psico-orientación de ser necesaria.	Cumple	No aplica	La psicóloga de educación médica realiza el seguimiento mensual a los estudiantes que rotan en la institución y que se encuentren identificados con algún riesgo dentro del tamizaje, dejando su respectivo soporte de Psico-orientación de ser necesaria.

Análisis en Almera del Riesgo DO24084:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **DO24084**, se definieron cuatro (4) actividades. Una (1) fue ejecutada al 100% de forma extemporánea (133 días), y las tres (3) restantes presentan un 75% de avance con fecha vigente (2025-12-31). El avance ponderado es **81,25%**, lo que refleja un

cumplimiento favorable; sin embargo, se debe fortalecer el seguimiento para garantizar la culminación oportuna de las actividades y la mitigación efectiva del riesgo.

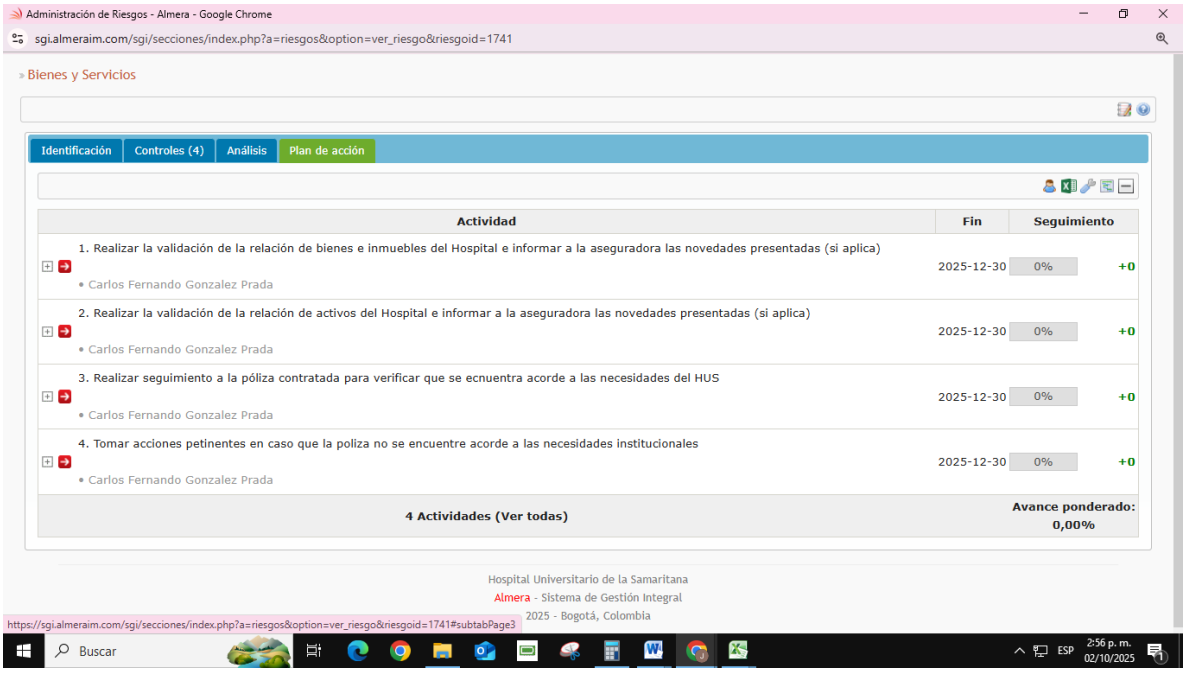
1.8.6. Bienes y Servicios

BIENES Y SERVICIOS RIESGO GBS22005					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GBS22005	Bienes y Servicios	Posibilidad de efecto dañoso sobre intereses patrimoniales de naturaleza pública, por no tener incluidos todos los bienes muebles e inmuebles de la entidad en el contrato de seguro, debido a la omisión en la actualización de bienes que cubren el contrato y desconocimiento de la gestión del contrato para aseguramiento.	Cumple	No aplica	Posibilidad de efecto dañoso sobre intereses patrimoniales de naturaleza pública, por no tener incluidos todos los bienes muebles e inmuebles de la entidad en el contrato de seguro, debido a la omisión en la actualización de bienes que cubren el contrato y desconocimiento de la gestión del contrato para aseguramiento.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GBS22005				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5512411	El técnico de la Dirección administrativa realiza la solicitud de la relación mensual al área de almacén de los nuevos activos que ingresen al hospital, mismos relacionados en el informe pertinente.	Cumple	No aplica	El técnico de la Dirección administrativa realiza la solicitud de la relación mensual al área de almacén de los nuevos activos que ingresen al hospital, mismos relacionados en el informe pertinente.
5522411	El técnico de la dirección administrativa realiza el envío mensual de la relación de los activos nuevos a la aseguradora, por medio de correo electrónico con el fin de que sean incluidos en la póliza vigente.	Cumple	No aplica	El técnico de la dirección administrativa realiza el envío mensual de la relación de los activos nuevos a la aseguradora, por medio de correo electrónico con el fin de que sean incluidos en la póliza vigente.
5532411	El técnico de la dirección Administrativa realiza la verificación periódica de la relación de los predios y solicita el certificado de tradición y	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente porque no define periodicidad exacta	El técnico de la Dirección Administrativa realiza la verificación trimestral de la relación de los predios y solicita el certificado de tradición y libertad, para realizar la actualización de los mismos

	libertad, para realizar la actualización de los mismos ante la aseguradora de ser necesario.		ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad del seguimiento.	ante la aseguradora de ser necesario, dejando registro mediante informe o comunicación oficial como medio de verificación documentada.
5542411	El director administrativo realiza reuniones periódicas con la aseguradora para revisar y hacer el seguimiento de la inclusión y estado de los bienes e inmuebles del Hospital.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente porque no define periodicidad específica (solo dice "periódicas") ni medio de verificación documentada (actas o reportes), lo que afecta la trazabilidad del seguimiento.	El Director Administrativo realiza reuniones trimestrales con la aseguradora para revisar y hacer el seguimiento de la inclusión y estado de los bienes e inmuebles del Hospital, dejando evidencia en actas o correos oficiales como medio de verificación documentada.

Análisis en Almera del Riesgo GBS22005:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

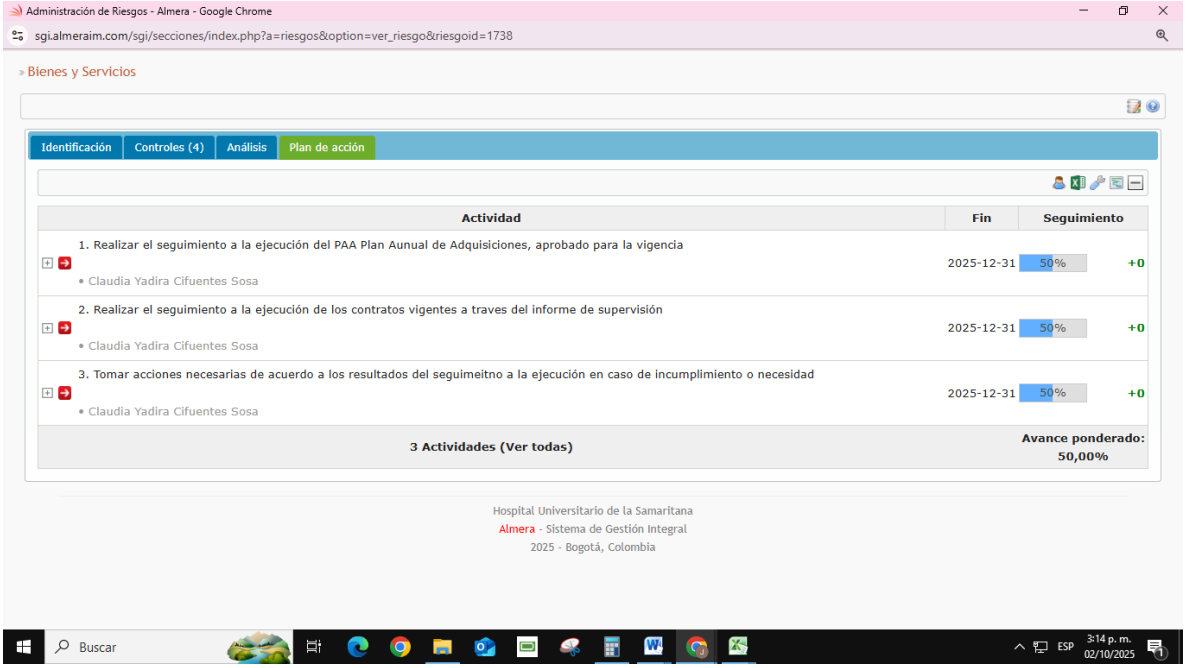
Análisis: Para el riesgo con código **GBS22005**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. Todas (4) presentan un avance de 0% y cuentan con fecha de vencimiento vigente (2025-12-30). El avance ponderado es **0,00%**, lo que refleja un nivel nulo de cumplimiento. Esto implica que, a pesar de estar dentro del plazo, aún no se han iniciado las acciones programadas, lo cual puede aumentar la exposición al riesgo si no se gestionan oportunamente.

BIENES Y SERVICIOS RIESGO GBS22006					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GBS22006	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	No Cumple	Según la Guía V7 (págs. 54–56, Fig.16–17), el riesgo no cumple porque no incluye de forma explícita las consecuencias o impactos. Solo se describe el evento y parcialmente la causa, pero falta el componente de consecuencias exigido por la Guía.	Posibilidad de afectación económica, reputacional y disciplinaria por recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros con el fin de ejecutar contratos de forma irregular en el Almacén, debido a fallas administrativas, desconocimiento normativo o deficiencias operativas, lo que puede afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la calidad del servicio, la confianza ciudadana y el control interno.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GBS22006				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3422308	El técnico de contratos proyecta el acta de inicio del contrato conforme al formato institucional, cada vez que se formaliza el contrato con la aprobación de la póliza notificada por el área de contratos, se socializa con el proveedor y Supervisor y se perfecciona con las firmas de las partes.	Cumple	No aplica	El técnico de contratos proyecta el acta de inicio del contrato conforme al formato institucional, cada vez que se formaliza el contrato con la aprobación de la póliza notificada por el área de contratos, se socializa con el proveedor y Supervisor y se perfecciona con las firmas de las partes.
3432308	El profesional de inventarios proyecta el informe de supervisión del contrato para aprobación del Supervisor de acuerdo a lo establecido en el manual de contratación, cada vez que se realiza un ingreso.	Cumple	No aplica	El profesional de inventarios proyecta el informe de supervisión del contrato para aprobación del Supervisor de acuerdo a lo establecido en el manual de contratación, cada vez que se realiza un ingreso.
3442308	El Supervisor verifica cuando la ejecución del contrato se encuentre en el 80% y decide si prorroga adiciona o liquida, mediante solicitud hecha a la subdirección de compras, cada vez que surja la necesidad.	Cumple	No aplica	El Supervisor verifica cuando la ejecución del contrato se encuentre en el 80% y decide si prorroga adiciona o liquida, mediante solicitud hecha a la subdirección de compras, cada vez que surja la necesidad.

5502411	El líder de Proyecto Almacén plasma todas las necesidades en el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia venidera, el cual una vez pasa por la aprobación de junta directiva es la base para la celebración de contratos del área almacén general para las 3 sedes.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente porque no especifica la periodicidad (solo menciona "para la vigencia venidera") ni el medio de verificación documentada que respalde la trazabilidad de la planificación y aprobación del plan.	El líder de Proyecto Almacén plasma todas las necesidades en el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia venidera, dejando evidencia en el documento aprobado por la Junta Directiva y las actas de aprobación correspondientes como medio de verificación documentada, actividad que se realiza anualmente en el marco de la planeación institucional.

Análisis en Almera del Riesgo GBS22006:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GBS22006**, se definieron tres (3) actividades, todas con 50% de avance y fecha vigente (2025-12-31). El avance ponderado es **50,00%**, lo que refleja cumplimiento parcial; se requiere fortalecer el seguimiento para garantizar su culminación oportuna y la mitigación efectiva del riesgo.

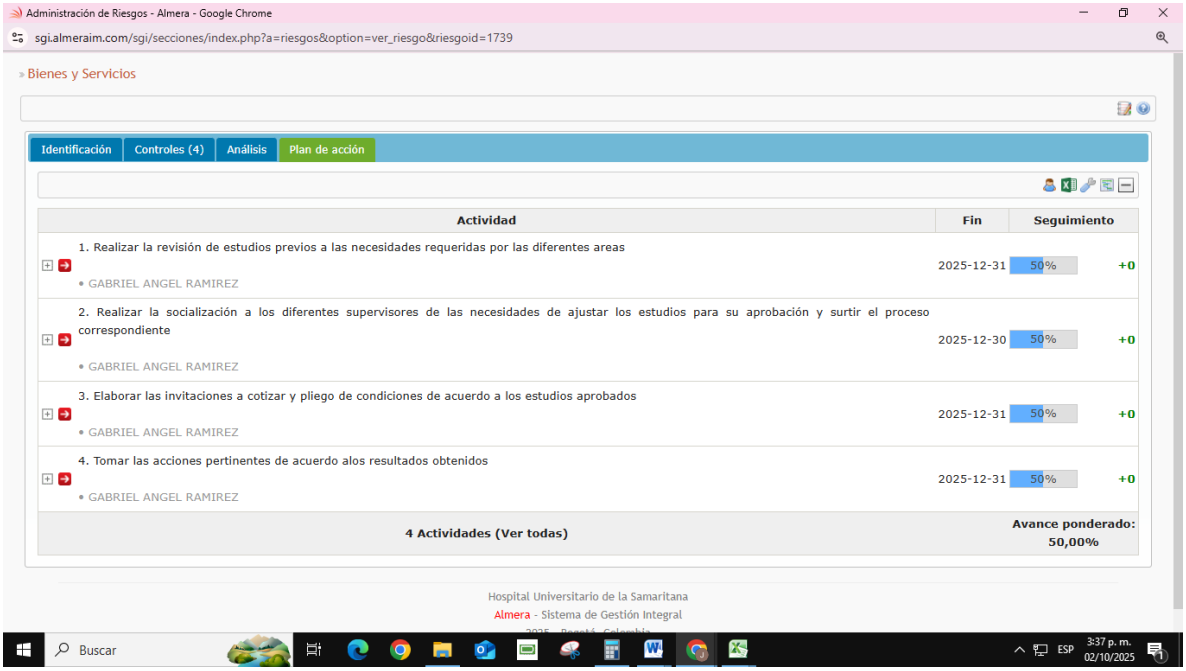
BIENES Y SERVICIOS RIESGO GBS22007					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GBS22007	Bienes y Servicios	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de elaborar pliegos de condiciones e Invitaciones a Cotizar hechos a la medida de un oferente o marcas en particular	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 54–56, Fig. 16–17), el riesgo no cumple plenamente porque no integra los tres componentes requeridos: evento, causa y consecuencia. Describe el evento (dádivas para direccionar pliegos) y parcialmente la causa, pero no explicita los impactos o consecuencias institucionales derivados.	Posibilidad de que se reciba o solicite dádiva 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 marca en particular, debido a fallas administrativas, debilidades en los controles éticos o desconocimiento normativo, lo que puede generar afectación a la transparencia, la confianza ciudadana, el cumplimiento de los principios de la contratación pública y el control interno institucional.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GBS22007				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3812309	El técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros cada vez que recibe el estudio previo (por correo electrónico) de acuerdo a formato establecido, revisa que se encuentre diligenciado adecuadamente de no presentar observaciones, se aprueba para radicación física de los estudios previos en la subdirección de bienes, compras y suministros en caso contrario de presentar observaciones, sera devuelto (a través del mismo medio recibido) para los correspondientes ajustes (esta actividad se realizará las veces que sean necesarias).	Cumple	No aplica	El técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros cada vez que recibe el estudio previo (por correo electrónico) de acuerdo a formato establecido, revisa que se encuentre diligenciado adecuadamente de no presentar observaciones, se aprueba para radicación física de los estudios previos en la subdirección de bienes, compras y suministros en caso contrario de presentar observaciones, sera devuelto (a través del mismo medio recibido) para los correspondientes ajustes (esta actividad se realizará las veces que sean necesarias).
3842309	El Auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros cada vez que es radicado el estudio previo en esta subdirección, proyecta la invitación a cotizar de acuerdo a	Cumple	No aplica	El Auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros cada vez que es radicado el estudio previo en esta subdirección, proyecta la invitación a cotizar de acuerdo a formato establecido (para modalidad de contratación directa) y

	formato establecido (para modalidad de contratación directa) y lo presenta con el estudio previo al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces verifica que estos documentos se encuentren diligenciados de acuerdo a formatos establecidos y de no presentar observaciones son firmados por el subdirector de bienes, compras y suministros y se procede a iniciar con el proceso de invitación a cotizar en caso contrario de presentar alguna observación, se devuelve para ajuste de los mismos.			lo presenta con el estudio previo al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces verifica que estos documentos se encuentren diligenciados de acuerdo a formatos establecidos y de no presentar observaciones son firmados por el subdirector de bienes, compras y suministros y se procede a iniciar con el proceso de invitación a cotizar en caso contrario de presentar alguna observación, se devuelve para ajuste de los mismos.
3862309	El Auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros, cada vez que radican el estudio previo en esta subdirección, presenta el estudio previo al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces, quien lo revisa y de no tener observaciones lo firma y procede a elaborar la proyección del Pliego de Condiciones (para modalidad de contratación de Convocatoria Pública) el cual es presentado al comité de compras y contratos para su aprobación u observaciones, aprobado por el comité de compras y contratos es presentado a la gerencia para la apertura del proceso.	Cumple	No aplica	El Auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros, cada vez que radican el estudio previo en esta subdirección, presenta el estudio previo al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces, quien lo revisa y de no tener observaciones lo firma y procede a elaborar la proyección del Pliego de Condiciones (para modalidad de contratación de Convocatoria Pública) el cual es presentado al comité de compras y contratos para su aprobación u observaciones, aprobado por el comité de compras y contratos es presentado a la gerencia para la apertura del proceso.
3872309	De presentar observaciones en la revisión del estudio previo por el subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces, lo devuelve para realizar los ajustes correspondientes. De presentar observaciones al Pliego de Condiciones por el comité de compras y contratos, se devuelve para realizar los correspondientes ajustes hasta lograr su aprobación.	No Cumple	Según Guía V7 (págs. 61–63, Fig.19), el control carece de responsable institucional claramente definido, no explicita verbo rector formal de control y no asegura trazabilidad documentada. Aunque describe la acción de devolución, no precisa	El Jefe o Coordinador del área respectiva debe garantizar que: De presentar observaciones en la revisión del estudio previo por el subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces, lo devuelve para realizar los ajustes correspondientes. De presentar observaciones al Pliego de Condiciones por el comité de compras y contratos, se devuelve para realizar los correspondientes ajustes hasta lograr su aprobación. Adicionalmente, dicha

			área responsable ni periodicidad ni obligación de dejar evidencia verificable.	devolución deberá registrarse de forma obligatoria y sistemática, dejando evidencia documental verificable (acta, correo electrónico con acuse, oficio o registro en la plataforma institucional) y archivándose en el repositorio institucional. La actividad deberá ejecutarse de manera periódica y trazable hasta la aprobación final y quedará sujeta a la supervisión del Jefe o Coordinador para garantizar cumplimiento y transparencia.

Análisis en Almera del Riesgo GBS22007:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

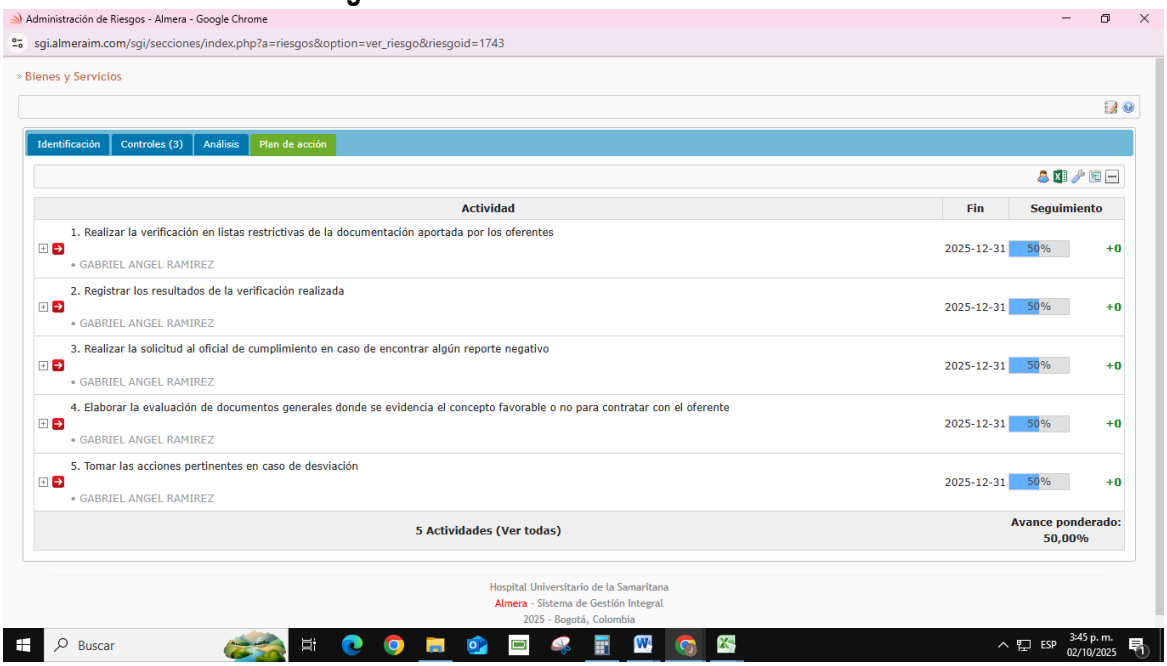
Análisis: Para el riesgo con código **GBS22007**, se evidencian cuatro (4) actividades en el plan de acción. Todas registran un avance del 50% y cuentan con fechas de vencimiento vigentes (entre el 30 y 31 de diciembre de 2025). El avance ponderado es **50,00%**, lo que refleja un nivel medio de cumplimiento. Se sugiere mantener el seguimiento permanente para asegurar que las actividades alcancen el 100% dentro del plazo establecido y garantizar así la mitigación efectiva del riesgo.

BIENES Y SERVICIOS RIESGO GBS22008					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GBS22008	Bienes y Servicios	Posibilidad de contratar con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportados en listas restrictivas, para beneficio propio o de terceros	No Cumple	No menciona consecuencia/impacto explícito (págs.54-56). (Guía v7 (Fig.16-17 págs.54-56; Fig.19 págs.61-63))	Posibilidad de contratar con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportadas en listas restrictivas, para beneficio propio o de terceros, debido a la falta de verificación previa de antecedentes o consulta en las plataformas oficiales, lo que puede generar sanciones legales, pérdida de confianza y afectación reputacional a la entidad.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GBS22008				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3512308	El técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros que cuenta con los permisos para la consulta de datos de personas naturales y/o jurídicas que participan de los diferentes procesos de contratación en las diferentes listas restrictivas y no restrictivas vinculantes o no vinculantes en relación al SARLAFT, realiza la consulta cada vez que se desarrolla un proceso de contratación, en la plataforma contratada por el hospital, la información registrada en el formato SARLAFT del Hospital y aportado como anexo por el oferente o proponente en cada proceso de contratación (en este deja indicado la fecha y código de verificación aportado por el sistema). De no encontrarse reporte (s) en lista alguna, remite la documentación al técnico que adelanta el proceso de contratación para continuar con el proceso.	Cumple	No aplica	El técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros que cuenta con los permisos para la consulta de datos de personas naturales y/o jurídicas que participan de los diferentes procesos de contratación en las diferentes listas restrictivas y no restrictivas vinculantes o no vinculantes en relación al SARLAFT, realiza la consulta cada vez que se desarrolla un proceso de contratación, en la plataforma contratada por el hospital, la información registrada en el formato SARLAFT del Hospital y aportado como anexo por el oferente o proponente en cada proceso de contratación (en este deja indicado la fecha y código de verificación aportado por el sistema). De no encontrarse reporte (s) en lista alguna, remite la documentación al técnico que adelanta el proceso de contratación para continuar con el proceso.

3522308	Cada vez que se tenga reporte de algún participante (persona jurídica y/o natural) en lista restrictiva, el técnico informara al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces y se solicita mediante correo electrónico al oficial de cumplimiento, ampliación del reporte obtenido.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define medio de verificación documentada ni evidencia de seguimiento institucional que garantice trazabilidad del reporte y su gestión.	Cada vez que se tenga reporte de algún participante (persona jurídica y/o natural) en lista restrictiva, el técnico informará al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces y solicitará mediante correo electrónico al oficial de cumplimiento, ampliación del reporte obtenido. El correo enviado y su respectiva respuesta deberán archivarse como medio de verificación documentada en el expediente del proceso contractual, para garantizar trazabilidad y evidencia del seguimiento.
3542308	El Oficial de Cumplimiento cada vez que reciba solicitud de ampliación de reporte, presenta respuesta o informe al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces, el cual permita tomar decisiones sobre la continuidad del oferente o proponente reportado en el proceso de contratación adelantado.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no establece medio de verificación documentada ni define evidencia institucional de seguimiento del informe presentado, lo que limita su trazabilidad.	El Oficial de Cumplimiento cada vez que reciba solicitud de ampliación de reporte, presenta respuesta o informe al subdirector de bienes, compras y suministros o quien haga sus veces, el cual permita tomar decisiones sobre la continuidad del oferente o proponente reportado en el proceso de contratación adelantado. La respuesta o informe deberá conservarse en el expediente del proceso contractual y registrarse en la base de datos o repositorio institucional como medio de verificación documentada y evidencia trazable del control.

Análisis en Almera del Riesgo GBS22008:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GBS22008**, se definieron cinco (5) actividades en el plan de acción. Todas las actividades presentan un avance del 50%, con fechas de vencimiento vigentes (2025-12-31). El avance ponderado es **50,00%**, lo que refleja un cumplimiento parcial y moderado. Se sugiere fortalecer el seguimiento, garantizar la finalización oportuna de las actividades pendientes y mantener trazabilidad documentada de las verificaciones, solicitudes y acciones tomadas para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

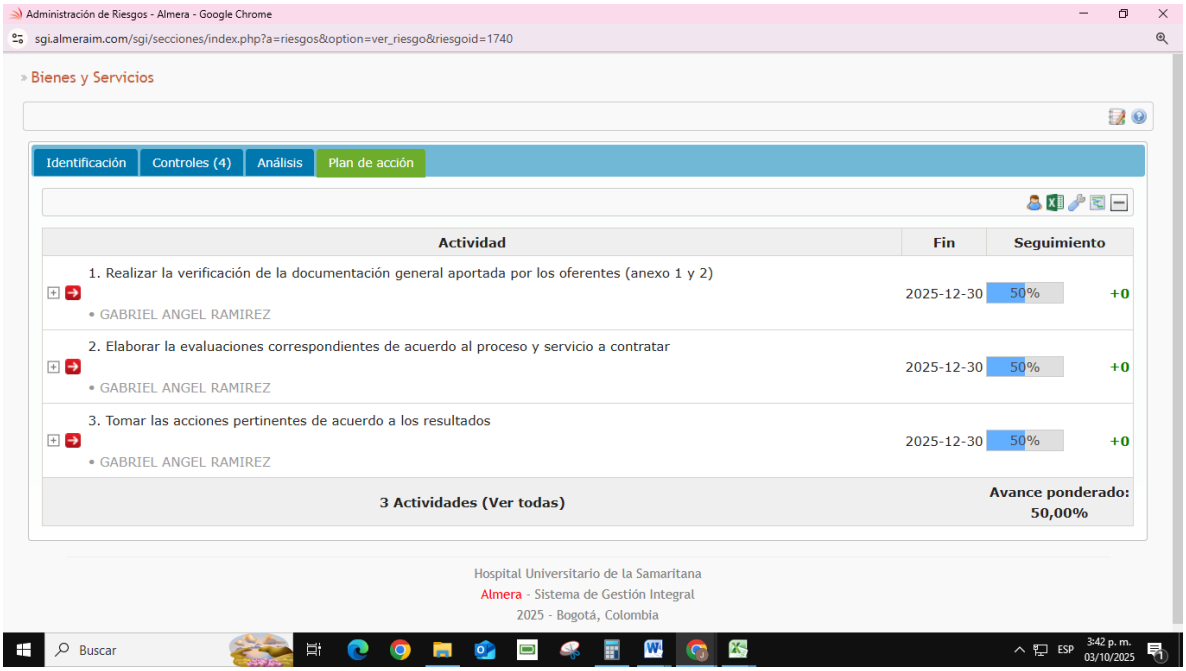
BIENES Y SERVICIOS RIESGO GBS22024					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GBS22024	Bienes y Servicios	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por investigación del ente regulador debido a adjudicación de contrato fuera de los requerimientos establecidos para la información en la documentación aportada y errores en la transcripción.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por investigación del ente regulador debido a adjudicación de contrato fuera de los requerimientos establecidos para la información en la documentación aportada y errores en la transcripción.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GBS22024				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4752403	El auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros (encargado del proceso de contratación), recepcionada la información por parte de los oferentes o proponentes una vez realizado el cierre de los procesos, verifica los documentos aportados correspondiente al Anexo 1. Carta de Presentación de la propuesta y Anexo 2. Formulario único de registro de proveedores (Este documento se remite al técnico que cuenta con el permiso para verificación de datos de personas naturales y jurídicas en relación al SARLAFT) con el fin de consolidar la información y elaborar la proyección de evaluación de documentos generales para ser verificada, observada o aprobada por el Subdirector de bienes, compras y suministros.	Cumple	No aplica	El auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros (encargado del proceso de contratación), recepcionada la información por parte de los oferentes o proponentes una vez realizado el cierre de los procesos, verifica los documentos aportados correspondiente al Anexo 1. Carta de Presentación de la propuesta y Anexo 2. Formulario único de registro de proveedores (Este documento se remite al técnico que cuenta con el permiso para verificación de datos de personas naturales y jurídicas en relación al SARLAFT) con el fin de consolidar la información y elaborar la proyección de evaluación de documentos generales para ser verificada, observada o aprobada por el Subdirector de bienes, compras y suministros.
4762403	El auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros (encargado del proceso de contratación), del resultado de la verificación de los documentos generales Anexo 1. Carta de presentación de la propuesta y Anexo 2. Formulario único de Registro de Proveedores, elabora proyección de la evaluación de documentos generales donde en el mismo se registra el concepto de evaluación (Cumple o No Cumple) y lo presenta al subdirector de bienes, compras y suministros con los correspondientes documentos para su revisión y de existir alguna observación lo devuelve al auxiliar o técnico para su corrección o de lo contrario la evaluación es aprobada	Cumple	No aplica	El auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros (encargado del proceso de contratación), del resultado de la verificación de los documentos generales Anexo 1. Carta de presentación de la propuesta y Anexo 2. Formulario único de Registro de Proveedores, elabora proyección de la evaluación de documentos generales donde en el mismo se registra el concepto de evaluación (Cumple o No Cumple) y lo presenta al subdirector de bienes, compras y suministros con los correspondientes documentos para su revisión y de existir alguna observación lo devuelve al auxiliar o técnico para su corrección o de lo contrario la evaluación es aprobada con la firma del subdirector

	con la firma del subdirector de bienes, compras y suministros.			de bienes, compras y suministros.
4772403	El auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros (encargado del proceso de contratación) una vez aprobada la evaluación de documentos generales por el subdirector de bienes, compras y suministros, notifica al oferente por el medio más expeditó (principalmente se notifica por correo electrónico) que haya tenido concepto de No Cumple para dentro de los términos establecidos pueda presentar observación o subsanación, esto aplica para el caso de procesos desarrollados mediante modalidad de Contratación Directa, para la modalidad de Convocatoria Pública los resultados (de todas las evaluaciones habilitantes) son publicados en la página web del Hospital y en el SECOP II de igual manera se notifica a todos los participantes sobre la publicación de las diferentes evaluaciones, para esta modalidad también hay un plazo establecido para presentación de observaciones o subsanaciones de acuerdo al cronograma presentado para cada Convocatoria Pública.	Cumple	No aplica	El auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros (encargado del proceso de contratación) una vez aprobada la evaluación de documentos generales por el subdirector de bienes, compras y suministros, notifica al oferente por el medio más expeditó (principalmente se notifica por correo electrónico) que haya tenido concepto de No Cumple para dentro de los términos establecidos pueda presentar observación o subsanación, esto aplica para el caso de procesos desarrollados mediante modalidad de Contratación Directa, para la modalidad de Convocatoria Pública los resultados (de todas las evaluaciones habilitantes) son publicados en la página web del Hospital y en el SECOP II de igual manera se notifica a todos los participantes sobre la publicación de las diferentes evaluaciones, para esta modalidad también hay un plazo establecido para presentación de observaciones o subsanaciones de acuerdo al cronograma presentado para cada Convocatoria Pública.
4782403	Surtido el plazo para presentación de observaciones o subsanaciones y elaborado el concepto de evaluación final, se procede por parte del auxiliar o técnico (encargado del proceso de contratación) junto con el subdirector de bienes, compras y suministros a elaborar la evaluación económica con los oferentes que cumplieron con la totalidad de los requisitos habilitantes (jurídicos, financieros (cuando aplique),	Cumple	No aplica	Surtido el plazo para presentación de observaciones o subsanaciones y elaborado el concepto de evaluación final, se procede por parte del auxiliar o técnico (encargado del proceso de contratación) junto con el subdirector de bienes, compras y suministros a elaborar la evaluación económica con los oferentes que cumplieron con la totalidad de los requisitos habilitantes (jurídicos, financieros (cuando aplique), técnicos, de experiencia, técnico ambiental, documentos

	técnicos, de experiencia, técnico ambiental, documentos generales) y de esta evaluación sale el o los oferentes adjudicados de acuerdo si el proceso se adjudica de manera global o por ítem. para los procesos de Convocatoria Pública se analiza por el comité de compras y contratos el resultado de todo el proceso donde se recomienda la adjudicación o declaratoria de desierta a la gerencia, donde posteriormente se publica en la página web del SECOP II y pagina web institucional el acta de comité correspondiente y la Resolución de Adjudicación o Declaratoria de Desierta para los procesos mediante modalidad de Contratación Directa elaborada la evaluación económica se elabora por parte del auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros el documento SUM donde se presenta consolidado de los resultados de las diferentes evaluaciones y el resultado obtenido para su adjudicación; este documento es revisado y firmado por la Dirección Administrativa y por la gerencia para elaboración de los diferentes contratos.			generales) y de esta evaluación sale el o los oferentes adjudicados de acuerdo si el proceso se adjudica de manera global o por ítem. para los procesos de Convocatoria Pública se analiza por el comité de compras y contratos el resultado de todo el proceso donde se recomienda la adjudicación o declaratoria de desierta a la gerencia, donde posteriormente se publica en la página web del SECOP II y pagina web institucional el acta de comité correspondiente y la Resolución de Adjudicación o Declaratoria de Desierta para los procesos mediante modalidad de Contratación Directa elaborada la evaluación económica se elabora por parte del auxiliar o técnico de la subdirección de bienes, compras y suministros el documento SUM donde se presenta consolidado de los resultados de las diferentes evaluaciones y el resultado obtenido para su adjudicación; este documento es revisado y firmado por la Dirección Administrativa y por la gerencia para elaboración de los diferentes contratos.

Análisis en Almera del Riesgo GBS22024:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

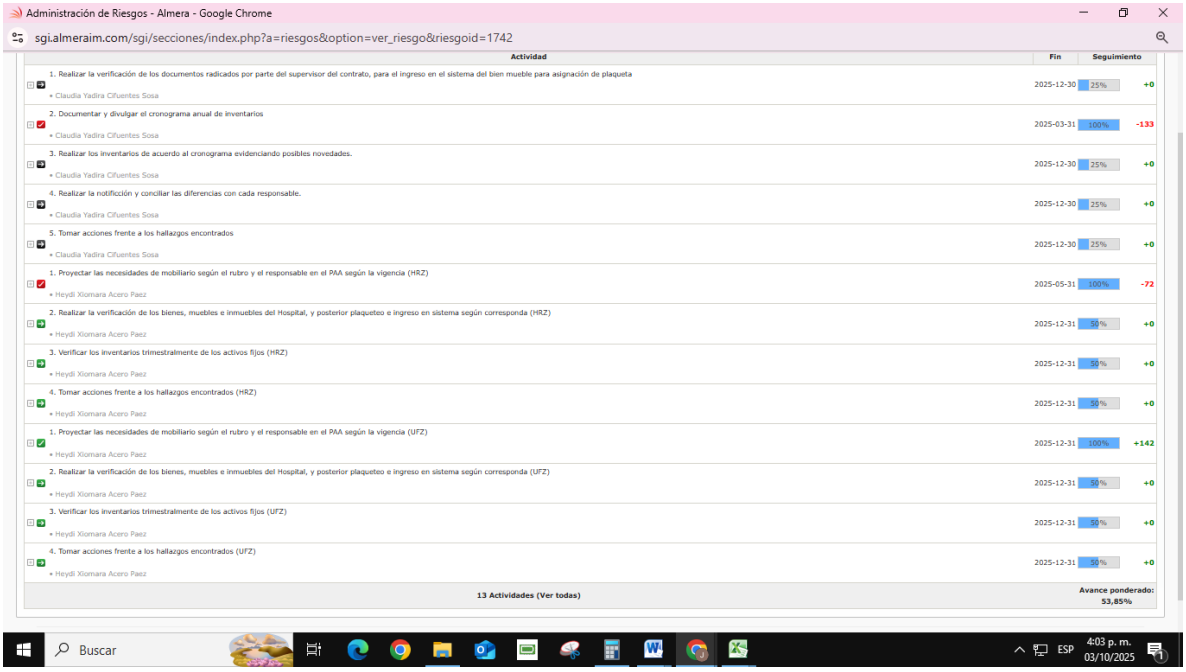
Análisis: Para el riesgo con código **GBS22024**, se definieron tres (3) actividades en el plan de acción, con fecha de vencimiento vigente (2025-12-30). Cada actividad presenta un avance del 50%, lo que se refleja en un avance ponderado de **50,00%**. El cumplimiento es parcial y moderado. Se sugiere fortalecer el seguimiento, garantizar la finalización oportuna de las actividades, asegurando así la mitigación efectiva del riesgo.

BIENES Y SERVICIOS RIESGO GBS24077					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GBS24077	Bienes y Servicios	Posibilidad de efectos dañosos sobre bienes públicos por pérdida, extravío o hurto de bienes muebles de la entidad, debido a la omisión en la aplicación del procedimiento para el ingreso y salida de bienes del almacén.	Cumple	No aplica	Posibilidad de efectos dañosos sobre bienes públicos por pérdida, extravío o hurto de bienes muebles de la entidad, debido a la omisión en la aplicación del procedimiento para el ingreso y salida de bienes del almacén.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GBS24077

Código (Control)	Control	Cumple Control	Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)	Control Ajustado
4712403	El técnico o profesional de activos fijos de manera mensual realiza el ingreso en el sistema (modulo activos fijos) de acuerdo al procedimiento e identifica el activo con la asignación de la plaqueta.	Cumple	No aplica	El técnico o profesional de activos fijos de manera mensual realiza el ingreso en el sistema (modulo activos fijos) de acuerdo al procedimiento e identifica el activo con la asignación de la plaqueta.
4722403	El técnico o profesional de activos fijos realiza los inventarios pertinentes de acuerdo al cronograma anual del plan de acción para verificar posibles diferencias (faltantes o sobrantes).	Cumple	No aplica	El técnico o profesional de activos fijos realiza los inventarios pertinentes de acuerdo al cronograma anual del plan de acción para verificar posibles diferencias (faltantes o sobrantes).
4732403	El técnico o profesional de activos fijos informa al responsable de la custodia del activo sobre las diferencias detectadas como resultado del inventario programado y ejecutado para la vigencia y formaliza las novedades.	Cumple	No aplica	El técnico o profesional de activos fijos informa al responsable de la custodia del activo sobre las diferencias detectadas como resultado del inventario programado y ejecutado para la vigencia y formaliza las novedades.

Análisis en Almera del Riesgo GBS24077:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GBS24077**, se definieron trece (13) actividades en el plan de acción. De las cuales tres (3) actividades fueron finalizadas al 100%, de las cuales una se ejecutó de manera extemporánea. Las demás presentan avances entre 25% y 50%, con fechas de vencimiento vigentes. El avance ponderado es de **53,85%**, lo que refleja un cumplimiento parcial y moderado Se sugiere reforzar el seguimiento a las actividades con bajo porcentaje de avance (25%), garantizar la culminación oportuna de las programadas, a fin de asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

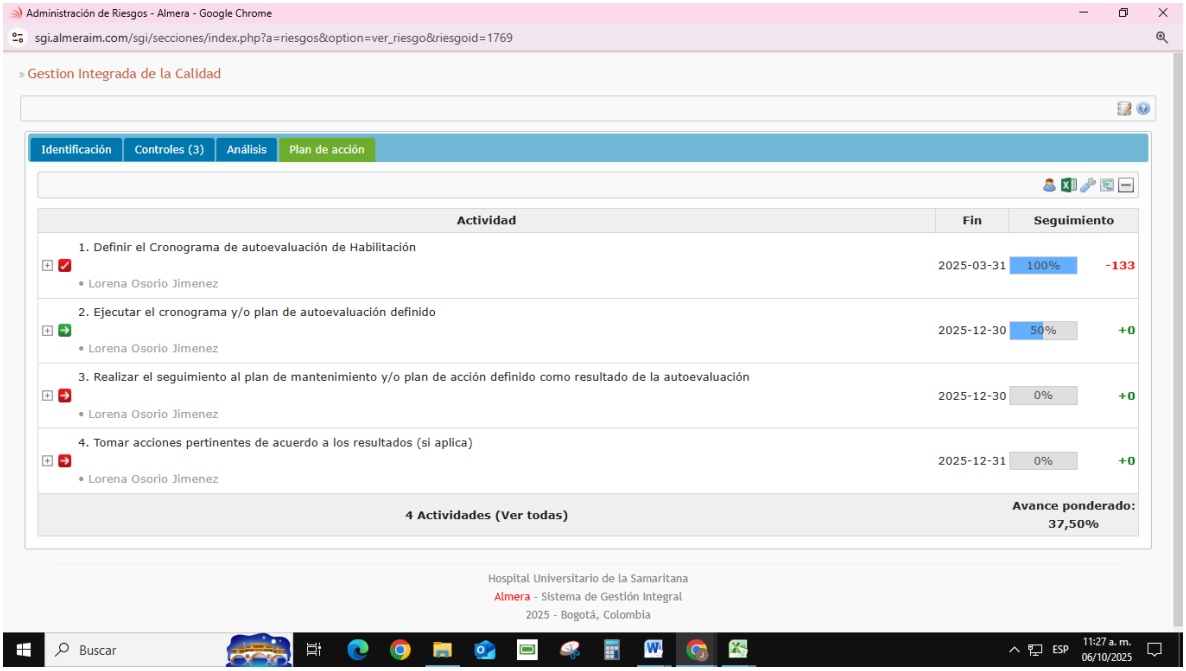
1.8.7. Gestión Integrada de la Calidad

GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD RIESGO GC22036					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GC22036	Gestión Integrada de la Calidad	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por el cierre de servicios de salud ofertados por el HUS y sus sedes relacionado con el incumplimiento normativo de los requisitos del Sistema Único de Habilitación, debido a la falta de seguimiento y mantenimiento a las condiciones de Habilitación.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por el cierre de servicios de salud ofertados por el HUS y sus sedes relacionado con el incumplimiento normativo de los requisitos del Sistema Único de Habilitación, debido a la falta de seguimiento y mantenimiento a las condiciones de Habilitación.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GC22036				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2892209	El profesional Universitario de Habilitación realiza autoevaluación a los servicios asistenciales de manera anual de acuerdo al cronograma establecido, dejando su registro en la herramienta de Autoevaluación.	Cumple	No aplica	El profesional Universitario de Habilitación realiza autoevaluación a los servicios asistenciales de manera anual de acuerdo al cronograma establecido, dejando su registro en la herramienta de Autoevaluación.
2902209	El profesional universitario de Habilitación con los resultados de la autoevaluación establece e implementa con los servicios asistenciales el plan de mantenimiento y/o plan de acción del sistema Único de Habilitación para el HUS y sus	No cumple	Según la Guía V7 (págs. 61–63, Fig.19 No define periodicidad, medio de verificación ni evidencia del seguimiento documentada, lo que limita la trazabilidad del control.	El profesional universitario de Habilitación con los resultados de la autoevaluación establece e implementa con los servicios asistenciales el plan de mantenimiento y/o plan de acción del Sistema Único de Habilitación para el HUS y sus sedes, realizando seguimiento semestral y dejando registro en actas o reportes

	sedes.			institucionales que evidencien su implementación.
5702506	El profesional universitario de Habilitación realiza las novedades de Habilitación de acuerdo a las necesidades de los Servicios	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad, responsables ni medios de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El profesional universitario de Habilitación realiza las novedades de Habilitación de acuerdo a las necesidades de los Servicios, registrando los soportes en los informes o comunicaciones oficiales remitidas al ente departamental o ministerial, con seguimiento trimestral documentado.”

Análisis en Almera del Riesgo GC22036:



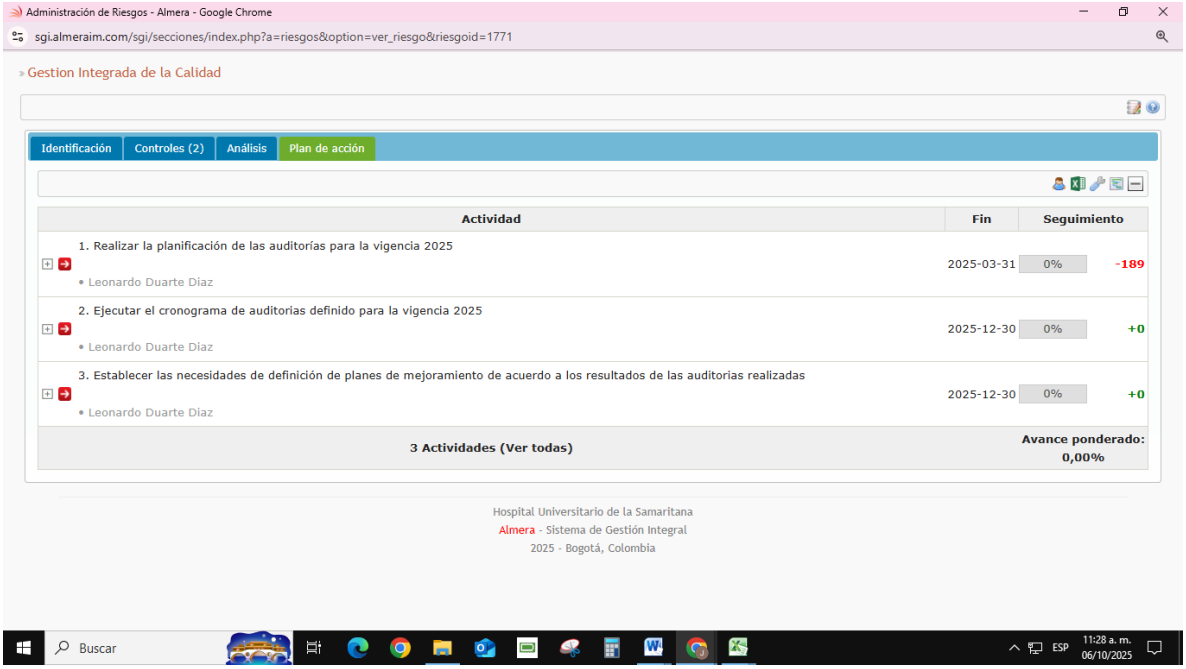
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GC22036**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. De estas, una (1) fue finalizada al 100%, ejecutada de manera extemporánea (133 días). Una (1) actividad presenta un avance del 50%, mientras que las dos (2) restantes no registran inicio, teniendo en cuenta que su fecha de vencimiento aún se encuentra vigente (2025-12-31). El avance ponderado es de **37,50%**, lo que refleja un cumplimiento parcial. Se sugiere fortalecer el seguimiento y la ejecución oportuna de las actividades pendientes, especialmente aquellas con avance nulo, a fin de garantizar la mitigación efectiva del riesgo.

GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD RIESGO GC22037					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GC22037	Gestión Integrada de la Calidad	Posibilidad de afectación reputacional por perdida de las certificaciones, debido al incumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad en los sistemas de calidad implementados y mantenidos por el HUS y sus sedes.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional por perdida de las certificaciones, debido al incumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad en los sistemas de calidad implementados y mantenidos por el HUS y sus sedes.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GC22037				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1052206	El líder de la oficina de planeación programa y lidera las autoevaluaciones y auditorias específicas de acuerdo al sistema de calidad dejando registro y planes de mejoramiento pertinentes.	Cumple	No aplica	El líder de la oficina de planeación programa y lidera las autoevaluaciones y auditorias específicas de acuerdo al sistema de calidad dejando registro y planes de mejoramiento pertinentes.
2982209	El líder de la oficina de planeación realiza seguimiento a los planes de mejoramiento de acuerdo a la fuente de mejoramiento PAMEC y PUMP	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El líder de la oficina de planeación realiza seguimiento a los planes de mejoramiento de acuerdo a la fuente de mejoramiento PAMEC y PUMP, con periodicidad trimestral y dejando registro en los informes de seguimiento y evidencias de cierre documentadas como medio de verificación institucional.

Análisis en Almera del Riesgo GC22037:



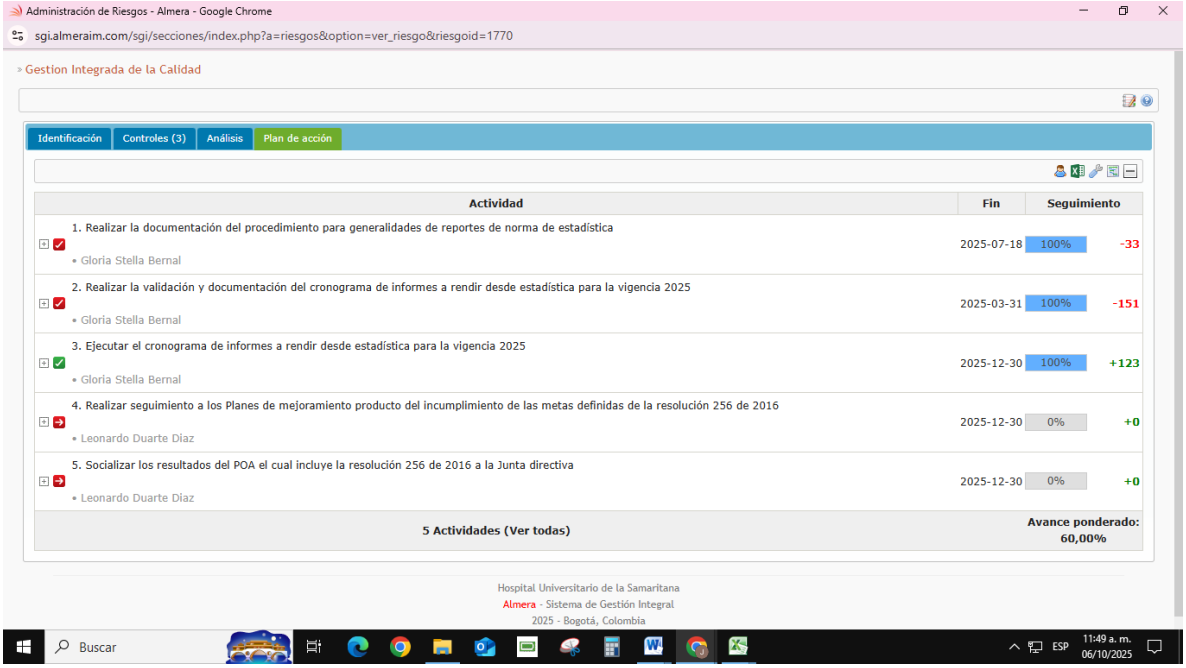
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: para el riesgo con código **GC22037**, se definieron tres (3) actividades en el plan de acción. Ninguna registra avance a la fecha de corte, manteniéndose en 0%. Se evidencia que una (1) actividad se encuentra vencida, con 189 días de retraso, mientras que las otras dos (2) presentan fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30). El avance ponderado es de **0,00%**, lo que refleja un cumplimiento nulo. Se sugiere priorizar la ejecución inmediata de la actividad vencida y dar inicio oportuno a las demás, a fin de evitar retrasos acumulados que afecten la gestión del riesgo.

GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD RIESGO GC23068					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GC23068	Gestión Integrada de la Calidad	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por sanción del ente regulador debido a incumplimiento del reporte o la no generación de planes de mejoramiento producto de la desviación del o del grupo de indicadores relacionados con la Resolución 256 de 2016	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por sanción del ente regulador debido a incumplimiento del reporte o la no generación de planes de mejoramiento producto de la desviación del o del grupo de indicadores relacionados con la Resolución 256 de 2016.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GC23068				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3702309	El líder de Estadística Institucional realiza solicitud formal vía correo electrónico la primera semana del mes siguiente del trimestre a reportar, a todas las áreas del HUS y a los líderes de estadística de las sedes para contar con la información de manera oportuna.	Cumple	No aplica	El líder de Estadística Institucional realiza solicitud formal vía correo electrónico la primera semana del mes siguiente del trimestre a reportar, a todas las áreas del HUS y a los líderes de estadística de las sedes para contar con la información de manera oportuna.
5712506	El jefe de la Oficina de planeación trimestralmente realiza a través del seguimiento al POA el reporte en caso de incumplimiento de alguna meta (acciones ejecutadas o pendientes) en caso que aplique.	Cumple	No aplica	El jefe de la Oficina de planeación trimestralmente realiza a través del seguimiento al POA el reporte en caso de incumplimiento de alguna meta (acciones ejecutadas o pendientes) en caso que aplique.
5722506	El líder de estadística canaliza los datos recibidos o generados del sistema de información, los valida, depura y consolida de acuerdo a los requerimientos de cada norma para subirlos a las plataformas y/o entrega al ente de control que lo requiera	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El líder de estadística canaliza los datos recibidos o generados del sistema de información, los valida, depura y consolida de acuerdo a los requerimientos de cada norma para subirlos a las plataformas y/o entrega al ente de control que lo requiera, realizando esta actividad de manera trimestral, dejando registro documentado en los informes de consolidación o soportes de carga en plataforma institucional o del ente de control, que permitan evidenciar la trazabilidad del proceso.

Análisis en Almera del Riesgo GC23068:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

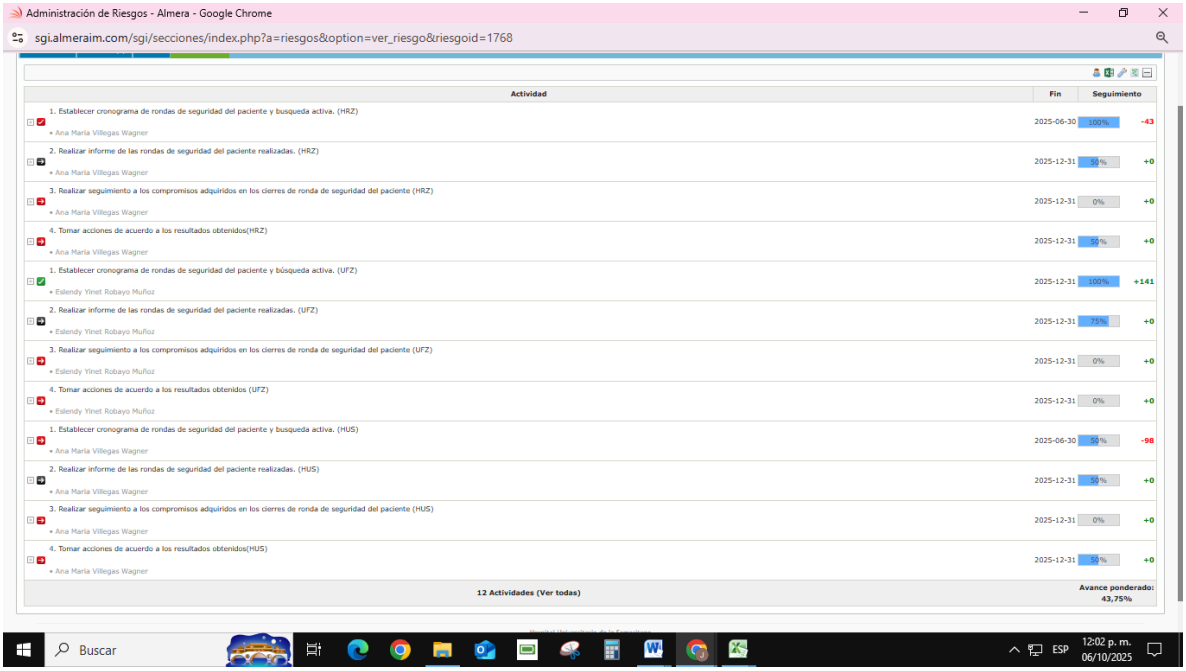
Análisis: para el riesgo con código **GC23068**, se definieron cinco (5) actividades en el plan de acción. Tres (3) de ellas fueron finalizadas al 100%, de las cuales dos (2) se ejecutaron de manera extemporánea (con retrasos de 33 y 151 días respectivamente), y una (1) dentro del plazo establecido. Las dos (2) actividades restantes no registran avance y mantienen fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30). El avance ponderado corresponde al **60,00%**, reflejando un cumplimiento parcial con tendencia favorable. Se sugiere fortalecer el seguimiento a las actividades pendientes, garantizando su ejecución oportuna y la consolidación de evidencias que respalden el cierre efectivo del plan de acción asociado al riesgo.

GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD RIESGO GC24085					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GC24085	Gestión Integrada de la Calidad	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, debido a fallas en el monitoreo a las buenas practicas priorizadas y fallas en el seguimiento a las actividades asistenciales por parte del líder del proceso	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la gestión inadecuada y no continuidad en la implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, debido a fallas en el monitoreo a las buenas practicas priorizadas y fallas en el seguimiento a las actividades asistenciales por parte del líder del proceso

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GC24085				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5402410	Desde el programa de Seguridad del paciente realizan el monitoreo al cumplimiento de las buenas practicas priorizadas desde las rondas, que se realizan de manera mensual; dejando registro de las mismas y los hallazgos o necesidades a subsanar por medio de un plan de mejoramiento en los casos que aplique, según se define en el cierre de ronda mensual.	Cumple	No aplica	Desde el programa de Seguridad del paciente realizan el monitoreo al cumplimiento de las buenas practicas priorizadas desde las rondas, que se realizan de manera mensual; dejando registro de las mismas y los hallazgos o necesidades a subsanar por medio de un plan de mejoramiento en los casos que aplique, según se define en el cierre de ronda mensual.
5412410	Desde el programa de Seguridad del paciente realizan diariamente búsquedas activas y acompañamiento en entregas de turno, dejando registro en google forms y/o formato de lista de chequeo y recibo de turno.	Cumple	No aplica	Desde el programa de Seguridad del paciente realizan diariamente búsquedas activas y acompañamiento en entregas de turno, dejando registro en google forms y/o formato de lista de chequeo y recibo de turno.
5422410	Desde el programa de Seguridad del paciente emiten las respuestas a las PQRSD, recibidas dejando registro de la misma y realizan el seguimiento al paciente para validar el estado del mismo.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), no define periodicidad ni medio de verificación documentada de manera explícita, lo que limita la	Desde el programa de Seguridad del Paciente emiten las respuestas a las PQRSD recibidas, dejando registro de la misma y realizando el seguimiento al paciente para validar el estado del mismo. El registro y la trazabilidad de la

			trazabilidad institucional del seguimiento.	gestión deberán conservarse en la base de datos institucional o sistema de gestión documental, con revisión mensual para garantizar evidencia del seguimiento.
5432410	Desde Seguridad del Paciente realizan la notificación de las novedades de seguridad a los líderes de proceso pertinentes para que realicen el seguimiento o gestión oportuna, acorde a la situación a través de mesas de trabajo.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no define periodicidad ni medio de verificación documentada de la comunicación ni de las mesas de trabajo, lo que limita la evidencia de seguimiento.	Desde Seguridad del Paciente realizan la notificación de las novedades de seguridad a los líderes de proceso pertinentes para que realicen el seguimiento o gestión oportuna, acorde a la situación a través de mesas de trabajo. Las actas o reportes generados en dichas mesas deberán archivarse como medio de verificación documentada, con periodicidad mensual para garantizar trazabilidad y evidencia del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GC24085:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GC24085**, se definieron doce (12) actividades en el plan de acción. De estas, dos (2) actividades fueron finalizadas al 100%, de las cuales una (1) se ejecutó de manera extemporánea (43 días de retraso). Seis (6) actividades presentan avance parcial entre 50%

y 75%, mientras que cuatro (4) no registran inicio (0%), aunque sus fechas de cumplimiento permanecen vigentes (2025-12-31).

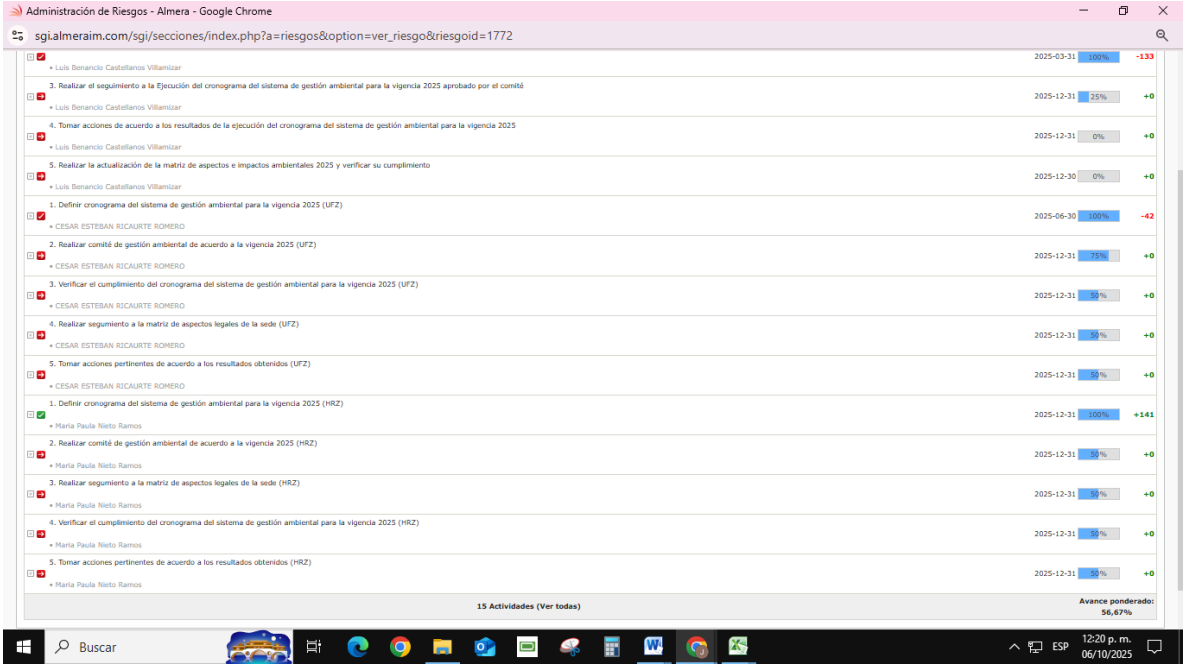
El avance ponderado general es del **43,75%**, lo que refleja un cumplimiento parcial y moderado. Se sugiere fortalecer el seguimiento y la ejecución oportuna de las actividades con bajo o nulo avance, en especial aquellas relacionadas con el seguimiento a compromisos y acciones correctivas, con el fin de garantizar la mitigación efectiva del riesgo.

GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD RIESGO GC24086					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GC24086	Gestión Integrada de la Calidad	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los lineamientos ambientales establecidos en la normatividad aplicable debido a deficiencias en la infraestructura física y tecnológica, falta de adherencia a los protocolos y procedimientos para el cumplimiento de los requisitos de gestión ambiental y falta de seguimiento y actualización a la matriz de aspectos legales	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los lineamientos ambientales establecidos en la normatividad aplicable debido a deficiencias en la infraestructura física y tecnológica, falta de adherencia a los protocolos y procedimientos para el cumplimiento de los requisitos de gestión ambiental y falta de seguimiento y actualización a la matriz de aspectos legales

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GC24086				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5442410	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad realiza la evaluación de los requisitos ambientales de acuerdo a las necesidades institucionales en temas de contratación con enfoque de sostenibilidad dejando registro a través de los estudios de necesidad (radicación de evaluación ambiental al área de compras dentro del proceso precontractual)	Cumple	No aplica	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad realiza la evaluación de los requisitos ambientales de acuerdo a las necesidades institucionales en temas de contratación con enfoque de sostenibilidad dejando registro a través de los estudios de necesidad (radicación de evaluación ambiental al área de compras dentro del proceso precontractual)
5452410	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad realiza capacitación,	Cumple	No aplica	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad realiza capacitación,

	sensibilización y verificaciones ambientales acorde al cronograma definido dejando registro en las listas de verificación aplicadas.			sensibilización y verificaciones ambientales acorde al cronograma definido dejando registro en las listas de verificación aplicadas.
5462410	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad participa de manera mensual en las rondas de seguridad del paciente como mecanismo de seguimiento y control a la adherencia dejando registro a través del cierre de ronda de seguridad	Cumple	No aplica	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad participa de manera mensual en las rondas de seguridad del paciente como mecanismo de seguimiento y control a la adherencia dejando registro a través del cierre de ronda de seguridad
5472410	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad establece y ejecuta el cronograma del programa de gestión ambiental para el seguimiento al cumplimiento y actualización de la matriz legal ambiental	Cumple	No aplica	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad establece y ejecuta el cronograma del programa de gestión ambiental para el seguimiento al cumplimiento y actualización de la matriz legal ambiental
5742506	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad establece y gestiona de manera periódica la matriz de aspectos e impactos ambientales a través de los programas ambientales (Gestión de Residuos y ambiental) dejando soportes en el Comité de Gestión ambiental (semestral)	Cumple	No aplica	El ingeniero ambiental del proceso de Calidad establece y gestiona de manera periódica la matriz de aspectos e impactos ambientales a través de los programas ambientales (Gestión de Residuos y ambiental) dejando soportes en el Comité de Gestión ambiental (semestral).

Análisis en Almera del Riesgo GC24086:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GC24086**, se definieron quince (15) actividades en el plan de acción. De estas, cuatro (4) se ejecutaron en su totalidad (100%), de las cuales tres (3) se desarrollaron de manera extemporánea. Asimismo, nueve (9) actividades presentan avance parcial entre 50% y 75%, mientras que dos (2) registran avance nulo (0%), aunque sus fechas de cumplimiento se mantienen vigentes (2025-12-31).

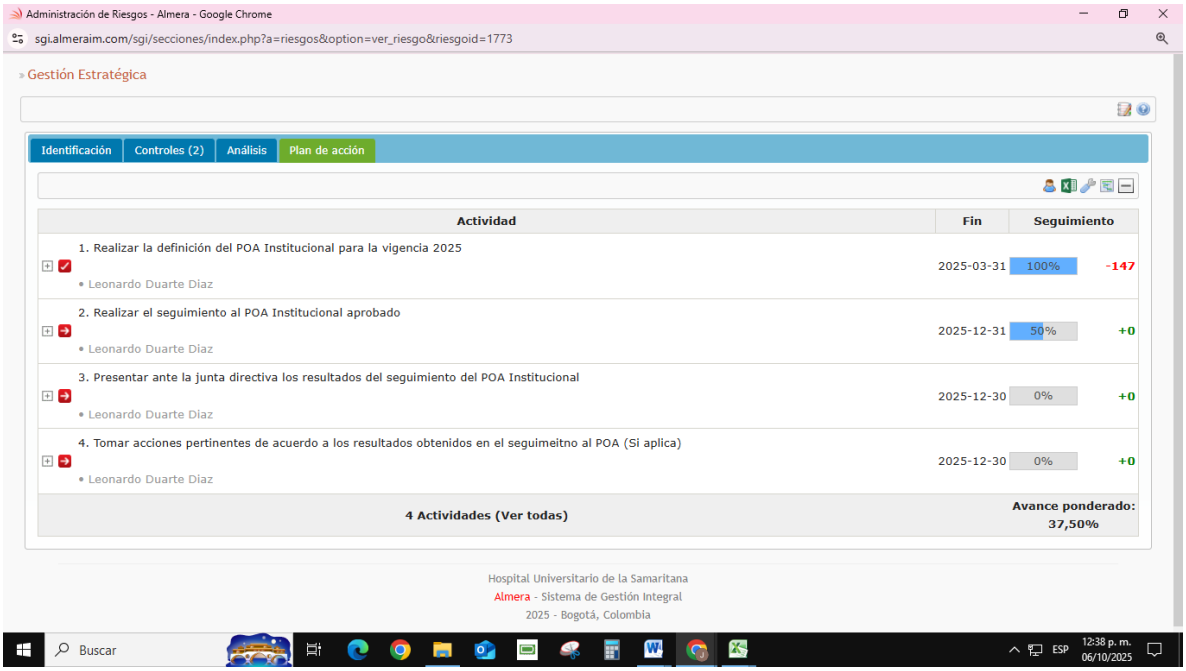
El avance ponderado general es del **56,67%**, reflejando un nivel de cumplimiento medio, con progreso significativo en la planeación y desarrollo de los comités ambientales. Se sugiere fortalecer la ejecución y seguimiento documentado de las actividades con bajo o nulo avance.

1.8.8. Gestión Estratégica

GESTIÓN ESTRATÉGICA RIESGO GE22035					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GE22035	Gestión Estratégica	Posibilidad de afectación económica y/ o reputacional por el incumplimiento de las metas institucionales definidas en el Plan Operativo Anual, debido a Inadecuado seguimiento o reporte del cumplimiento de los planes e Información inoportuna e inexacta en los reportes que deben ser compilados para su presentación.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por el incumplimiento de las metas institucionales definidas en el Plan Operativo Anual, debido a inadecuado seguimiento o reporte del cumplimiento de los planes e información inoportuna e inexacta en los reportes que deben ser compilados para su presentación.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GE22035				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1012205	El líder del proceso de Planeación realiza la solicitud de seguimiento y análisis de manera trimestral a las metas definidas en el POA, a los directores para que desde allí realicen la gestión pertinente consolidando la información para su validación y ajuste de ser necesario.	Cumple	No aplica	El líder del proceso de Planeación realiza la solicitud de seguimiento y análisis de manera trimestral a las metas definidas en el POA, a los directores para que desde allí realicen la gestión pertinente consolidando la información para su validación y ajuste de ser necesario.
1022205	El líder de planeación de manera trimestral envía los resultados obtenidos en el seguimiento a los POA Institucional, a la oficina de planeación de la secretaria de Salud Departamental y en caso de observación realizan la retroalimentación pertinente a través de asistencia técnica (si aplica)	Cumple	No aplica	El líder de planeación de manera trimestral envía los resultados obtenidos en el seguimiento a los POA Institucional, a la oficina de planeación de la secretaria de Salud Departamental y en caso de observación realizan la retroalimentación pertinente a través de asistencia técnica (si aplica).

Análisis en Almera del Riesgo GE22035:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GE22035**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. De estas, una (1) se ejecutó en su totalidad (100%) de manera extemporánea, mientras que una (1) presenta avance parcial del 50% y dos (2) registran avance de 0%, aunque mantienen fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-31).

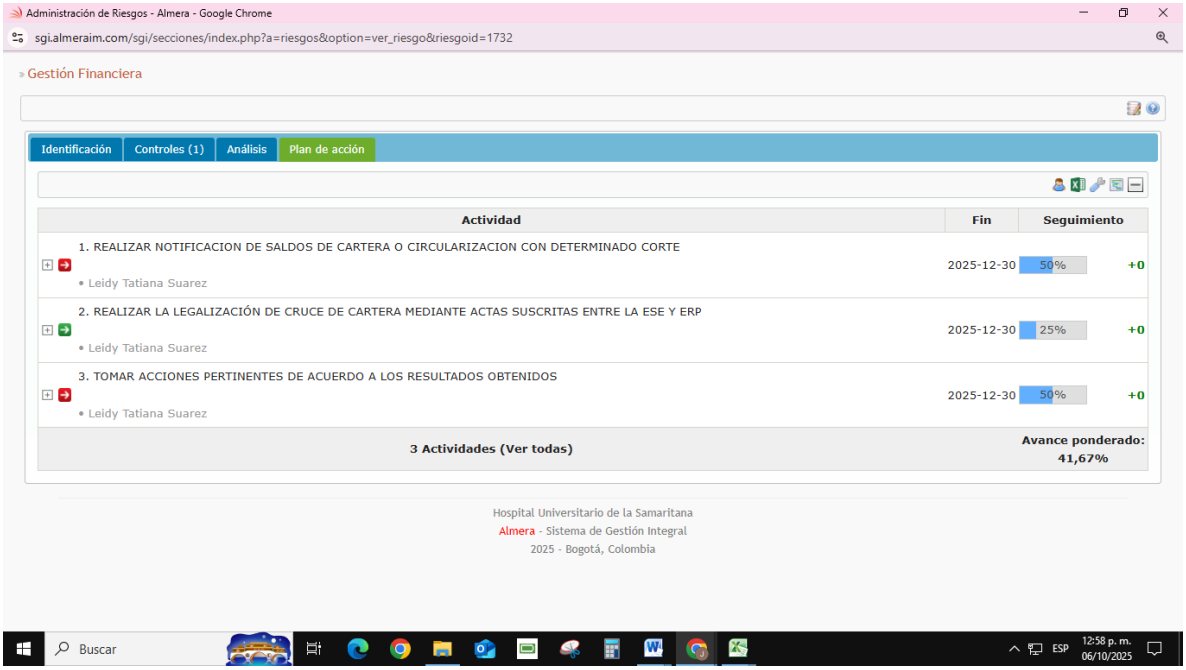
El avance ponderado general es del **37,50%**, evidenciando un nivel de cumplimiento bajo, con necesidad de fortalecer el seguimiento y la ejecución de las acciones orientadas al cierre oportuno del ciclo del Plan Operativo Anual Institucional.

1.8.9. Gestión Financiera

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22003					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22003	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	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 55–58), el riesgo no define explícitamente la causa que origina la posibilidad del evento, lo que limita la identificación del factor generador del riesgo.	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, debido a actuaciones indebidas del personal responsable o ausencia de controles en la gestión de recaudos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22003				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3772309	Los ejecutivos de cartera adelantan de manera mensual las acciones de cobro y elaboración de actas por cruces de cartera entre las partes, a través del procedimiento gestión de cartera soportado con oficios o comunicados enviados a las ERP que permiten reflejar el estado de la misma para llegar a compromisos de pagos entre las partes previa revisión y aval de la dirección financiera	Cumple	No aplica	Los ejecutivos de cartera adelantan de manera mensual las acciones de cobro y elaboración de actas por cruces de cartera entre las partes, a través del procedimiento gestión de cartera soportado con oficios o comunicados enviados a las ERP que permiten reflejar el estado de la misma para llegar a compromisos de pagos entre las partes previa revisión y aval de la dirección financiera

Análisis en Almera del Riesgo GF22003:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF22003**, se definieron tres (3) actividades en el plan de acción. Dos (2) presentan avance parcial del 50% y una actividad (1) tiene avance del 25%, todas mantienen sus fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30).

El avance ponderado general es del **41,67%**, reflejando un nivel de cumplimiento parcial y moderado, con necesidad de fortalecer la ejecución y seguimiento de las acciones, para garantizar la mitigación efectiva del riesgo.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22004					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22004	Gestión Financiera	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de aceptar glosas no procedentes	Cumple	No aplica	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de aceptar glosas no procedentes

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22004				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3752309	El técnico de objeciones analiza la glosa o devolución cada vez que es radicada en el HUS, para ser resuelta al interior del área a través del procedimiento Gestión de glosa y devoluciones con el fin de dar respuesta a la glosa ingresada en el sistema DGH.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control 3752309 no cumple plenamente, ya que aunque define responsable y periodicidad, no explicita el medio de verificación documentada ni la evidencia del seguimiento, lo que limita la trazabilidad institucional del control.	El técnico de objeciones analiza la glosa o devolución cada vez que es radicada en el HUS, para ser resuelta al interior del área a través del procedimiento Gestión de glosa y devoluciones con el fin de dar respuesta a la glosa ingresada en el sistema DGH. El resultado del análisis y respuesta deberá quedar registrado en el sistema DGH o en el formato de gestión de glosas como medio de verificación documentada, garantizando la trazabilidad del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GF22004:

Fuente: *Pagina Web Institucional*

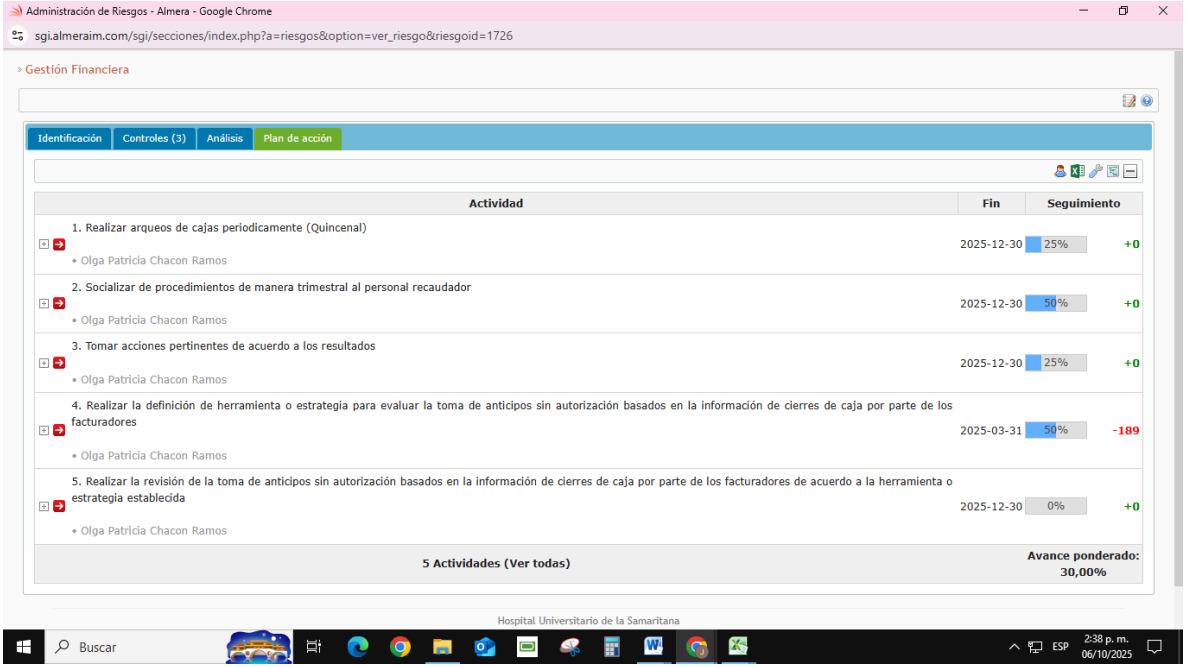
Análisis: Para el riesgo con código **GF22004**, se definieron tres (3) actividades en el plan de acción. Todas presentan avance parcial del 50%, manteniendo sus fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30). El avance ponderado general es del **50,00%**, evidenciando un nivel de cumplimiento medio, con necesidad de fortalecer la ejecución y seguimiento de las acciones, con el fin de garantizar la mitigación efectiva del riesgo.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22012					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22012	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).	Cumple	No aplica	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).

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22012				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**

3752309	El funcionario de tesorería realiza arqueo de caja de manera aleatoria atraves del procedimiento apertura manejo y control de cajas menores con el fin de verificar que el listado de recibos de caja por consecutivo cuadre con el saldo contable.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya no especifica el medio de verificación documentada que evidencie la ejecución del arqueo, lo que limita la trazabilidad institucional.	El funcionario de tesorería realiza arqueo de caja de manera aleatoria a través del procedimiento apertura, manejo y control de cajas menores, con el fin de verificar que el listado de recibos de caja por consecutivo cuadre con el saldo contable. El resultado de cada arqueo deberá registrarse en el acta o formato de control de caja menor, como medio de verificación documentada para garantizar la trazabilidad del seguimiento.
3792309	El funcionario de tesorería realiza la verificación del recaudo diario de ingreso a caja, través del procedimiento manejo y custodia de dineros públicos con el fin de controlar la entrega a la transportadora de valores los dineros recibidos en la ESE	Cumple	No aplica	El funcionario de tesorería realiza la verificación del recaudo diario de ingreso a caja, través del procedimiento manejo y custodia de dineros públicos con el fin de controlar la entrega a la transportadora de valores los dineros recibidos en la ESE
3802309	El funcionario de tesorería cada vez que se presente la necesidad recepciona los documentos para la solicitud de devolución de saldos a favor de paciente a través del procedimiento para llegar a un pago efectivo a favor del paciente, una vez validadas por la oficina de facturación.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no define periodicidad ni medio de verificación documentada de las solicitudes de devolución, lo que impide evidenciar la trazabilidad de la gestión.	El funcionario de tesorería cada vez que se presente la necesidad recepciona los documentos para la solicitud de devolución de saldos a favor del paciente, a través del procedimiento para llegar a un pago efectivo a favor del paciente, una vez validadas por la oficina de facturación. El registro de las solicitudes y devoluciones deberá conservarse en el sistema contable o base de datos de tesorería, como medio de verificación documentada, con revisión mensual para garantizar trazabilidad del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GF22012:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF22012**, se definieron cinco (5) actividades en el plan de acción. De estas, dos (2) actividades presentan avance parcial del 50%, dos (2) actividades tienen avance del 25% y una (1) registra avance del 0%, aunque todas mantienen sus fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30).

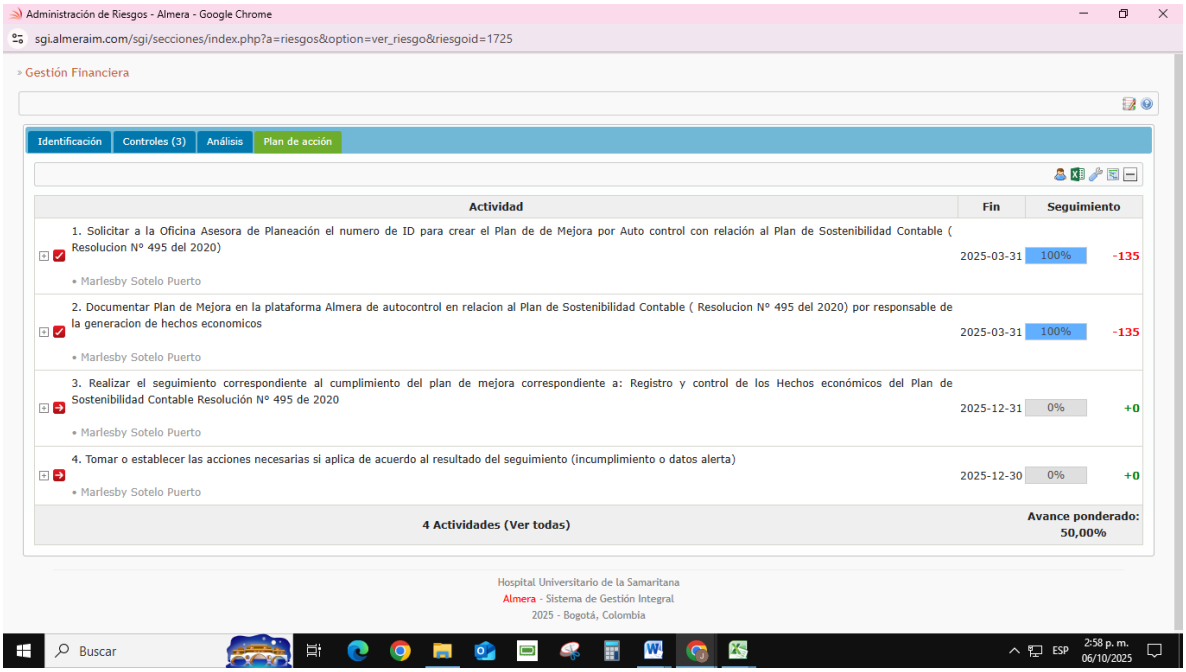
El avance ponderado general es del **30,00%**, reflejando un nivel de cumplimiento bajo, con necesidad de fortalecer la ejecución, seguimiento y control de las actividades, especialmente aquellas relacionadas con la revisión de anticipos sin autorización y la implementación de herramientas para su monitoreo, con el fin de garantizar la mitigación efectiva del riesgo.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22027					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22027	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación económica por sanciones y/o multas por ente regulador debido a generación en los comprobante de registro en los diferentes módulos financieros que arrojan tarifas de impuestos diferentes a los establecidos según la normatividad, reportes extemporáneos y registros sin soportes adecuados.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica por sanciones y/o multas por ente regulador debido a generación en los comprobante de registro en los diferentes módulos financieros que arrojan tarifas de impuestos diferentes a los establecidos según la normatividad, reportes extemporáneos y registros sin soportes adecuados.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22027				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4402402	La dirección financiera entrega de manera trimestral los soportes requeridos por la revisoría fiscal para su revisión y emisión del dictamen (anual) o informes (trimestrales) que indiquen si se cumplió con las obligaciones financieras.	Cumple	No aplica	La dirección financiera entrega de manera trimestral los soportes requeridos por la revisoría fiscal para su revisión y emisión del dictamen (anual) o informes (trimestrales) que indiquen si se cumplió con las obligaciones financieras.
4412402	El profesional y/o técnico del proceso Financiera realiza los ajustes a través de notas débito o crédito según corresponda para realizar el ajuste de algún impuesto o informe que sea requerido	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad, medio de verificación documentada ni evidencia de seguimiento, lo que limita la trazabilidad del ajuste y su registro.	El profesional y/o técnico del proceso Financiera realiza los ajustes a través de notas débito o crédito según corresponda para realizar el ajuste de algún impuesto o informe que sea requerido, de manera mensual o cuando se identifiquen inconsistencias, dejando evidencia de los soportes de ajuste y validación en el aplicativo o archivo físico del proceso.
5092404	El Subdirector de Contabilidad, el profesional de contabilidad y el Revisor fiscal preparan, revisan y presentan los impuestos y reportes de acuerdo a los tiempos	Cumple	No aplica	El Subdirector de Contabilidad, el profesional de contabilidad y el Revisor fiscal preparan, revisan y presentan los impuestos y reportes de acuerdo a los tiempos y obligaciones establecidos en la

	y obligaciones establecidos en la normatividad vigente en los aplicativos pertinentes, dejando el registro de radicado en el aplicativo ALMERA			normatividad vigente en los aplicativos pertinentes, dejando el registro de radicado en el aplicativo ALMERA

Análisis en Almera del Riesgo GF22027:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF22027**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. Dos (2) se ejecutaron en su totalidad al 100% de manera extemporánea, mientras que las dos (2) restantes registran avance de 0%, aunque mantienen sus fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-31).

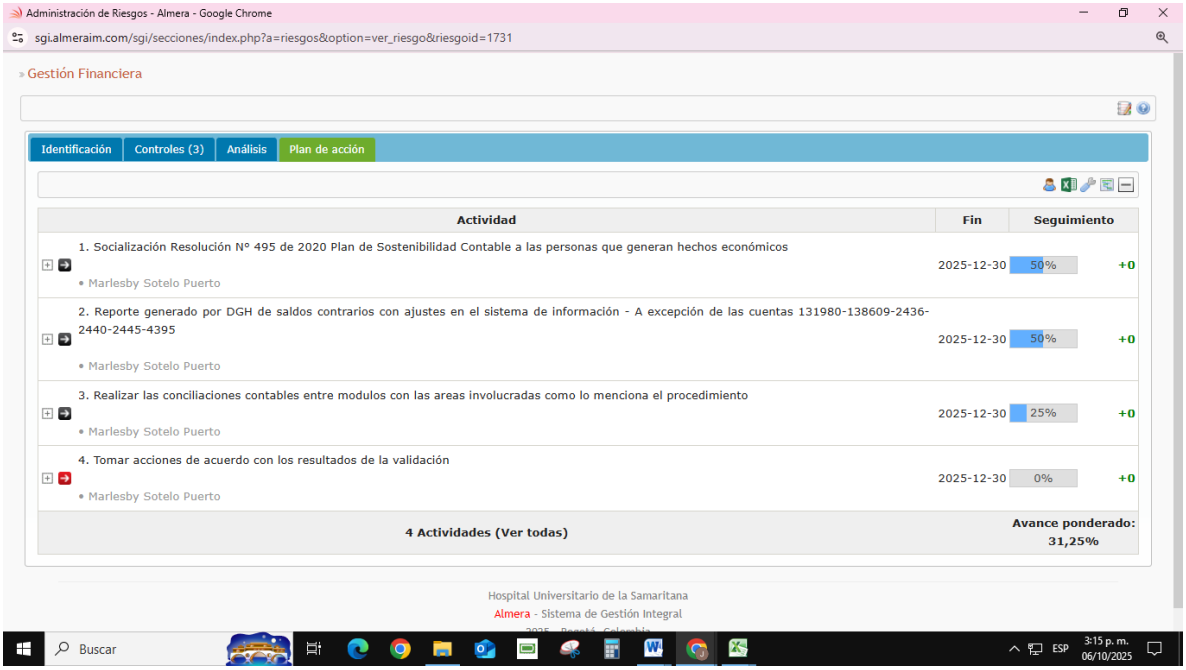
El avance ponderado general es del **50,00%**, reflejando un nivel de cumplimiento medio y evidenciando la necesidad de fortalecer el seguimiento y la ejecución de las acciones para garantizar el cierre oportuno del plan de mejora.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22029					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22029	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido al registro de información en lo concerniente a las etapas de (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos fuera de los requerimientos normativos por parte de las áreas que producen hechos económicos, por Inoportunidad en implementación de los cambios normativos que puedan generar reprocesos y desconocimiento de las políticas, procedimientos.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido al registro de información en lo concerniente a las etapas de (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos fuera de los requerimientos normativos por parte de las áreas que producen hechos económicos, por Inoportunidad en implementación de los cambios normativos que puedan generar reprocesos y desconocimiento de las políticas, procedimientos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22029				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4372402	El subdirector o profesional de contabilidad genera mensualmente el reporte del sistema de información DGH de saldos contrarios de los estados financieros a través de lo establecido en el procedimiento generación de informes financieros para informar a cada responsables y que realicen los ajustes necesarios para contar con una información veraz y objetiva.	Cumple	No aplica	El subdirector o profesional de contabilidad genera mensualmente el reporte del sistema de información DGH de saldos contrarios de los estados financieros a través de lo establecido en el procedimiento generación de informes financieros para informar a cada responsables y que realicen los ajustes necesarios para contar con una información veraz y objetiva.
4382402	El profesional o técnico de contabilidad realiza trimestralmente las conciliaciones de partidas requeridas a través de los reportes generados del sistema de información DGH, los cuales son soportados médiate actas de conciliación entre contabilidad y las diferentes áreas, realizando los ajustes en el sistema de información	Cumple	No aplica	El profesional o técnico de contabilidad realiza trimestralmente las conciliaciones de partidas requeridas a través de los reportes generados del sistema de información DGH, los cuales son soportados médiate actas de conciliación entre contabilidad y las diferentes áreas, realizando los ajustes en el sistema de información financiera DGH si da lugar.

	financiera DGH si da lugar.			
4392402	El subdirector de contabilidad junto a su grupo de trabajo realiza seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades relacionadas con el Control Interno Contable mediante la aplicación de la Resolución 495 2020: Plan de sostenibilidad del Sistema Contable de la ESE HUS	Cumple	No aplica	El subdirector de contabilidad junto a su grupo de trabajo realiza seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades relacionadas con el Control Interno Contable mediante la aplicación de la Resolución 495 2020: Plan de sostenibilidad del Sistema Contable de la ESE HUS

Análisis en Almera del Riesgo GF22029:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

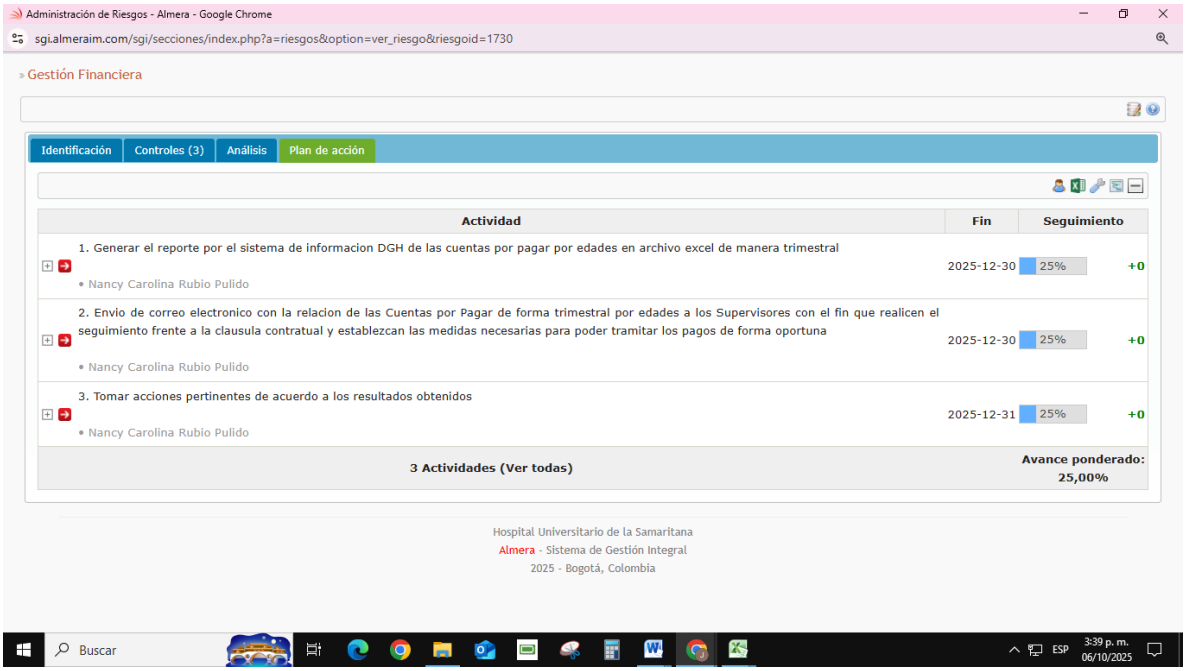
Análisis: Para el riesgo con código **GF22029**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. Dos (2) actividades presentan avance parcial del 50%, una (1) tiene avance del 25% y una (1) actividad no registra avance (0%), manteniendo todas las fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30). El avance ponderado general es del **31,25%**, evidenciando un nivel de cumplimiento bajo a moderado, lo que indica la necesidad de reforzar la ejecución y seguimiento de las acciones para asegurar la mitigación efectiva del riesgo y garantizar la veracidad de la información contable y la confiabilidad en el registro de hechos económicos.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22030					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22030	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por pago inoportuno de las obligaciones contraídas con los proveedores de bienes y servicios, debido a falta de seguimiento de los supervisores de los contratos de los requisitos contractuales en lo que respecta a las actas de liquidación y/o falta de recursos por el incumplimiento de pago de las EPS frente a la normatividad vigente.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por pago inoportuno de las obligaciones contraídas con los proveedores de bienes y servicios, debido a falta de seguimiento de los supervisores de los contratos de los requisitos contractuales en lo que respecta a las actas de liquidación y/o falta de recursos por el incumplimiento de pago de las EPS frente a la normatividad vigente.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22030				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4572402	El profesional de cuentas por pagar genera informe a través del sistema de información Dinámica net. de forma trimestral, en formato excel de las cuentas pendientes de pago y su edad, el cual es enviado por correo electrónico como lo informa el procedimiento de cuentas por pagar, con el fin de que los supervisores realicen el seguimiento frente a la cláusula contractual y establezcan conciliaciones con cada uno de los proveedores	Cumple	No aplica	El profesional de cuentas por pagar genera informe a través del sistema de información Dinámica net. de forma trimestral, en formato excel de las cuentas pendientes de pago y su edad, el cual es enviado por correo electrónico como lo informa el procedimiento de cuentas por pagar, con el fin de que los supervisores realicen el seguimiento frente a la cláusula contractual y establezcan conciliaciones con cada uno de los proveedores
4582402	El Director financiero emite circular de cierre contable, tesoral y cierre anual a través de lo establecido en el procedimiento generación de informes e impuestos financieros publicado y enviado por correo institucional,con el fin de que los supervisores tengan conocimiento de lo pendiente por legalizar, en aras de gestionar el soporte y realizar el pago respectivo.	Cumple	No aplica	El Director financiero emite circular de cierre contable, tesoral y cierre anual a través de lo establecido en el procedimiento generación de informes e impuestos financieros publicado y enviado por correo institucional,con el fin de que los supervisores tengan conocimiento de lo pendiente por legalizar, en aras de gestionar el soporte y realizar el pago respectivo.

4592402	El Director Financiero realiza oficios de solicitud de recursos de apalancamiento dirigidos a la Secretaria de Salud de Cundinamarca cada vez que sea requerido por la Gerencia.	Cumple	No aplica	El Director Financiero realiza oficios de solicitud de recursos de apalancamiento dirigidos a la Secretaria de Salud de Cundinamarca cada vez que sea requerido por la Gerencia.

Análisis en Almera del Riesgo GF22030:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

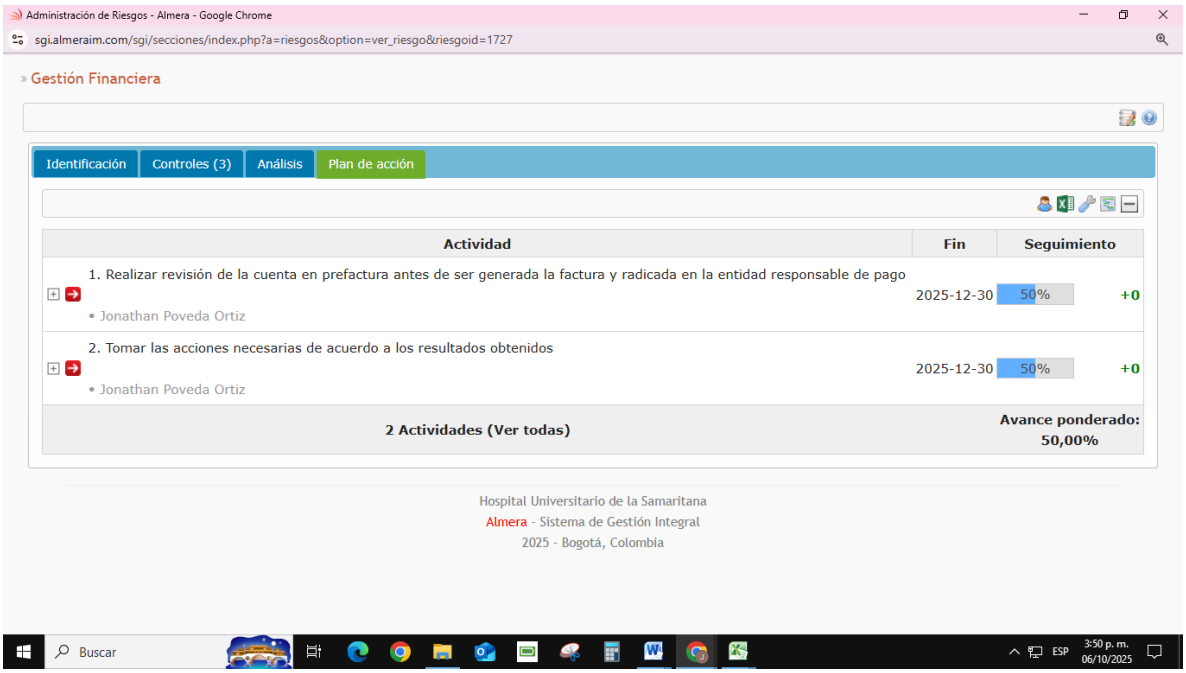
Análisis: Para el riesgo con código **GF22030**, se definieron tres (3) actividades en el plan de acción. Todas las actividades (3) presentan avance parcial del 25%, manteniendo las fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30 y 2025-12-31). El avance ponderado general es del **25,00%**, lo que indica la necesidad de reforzar la ejecución y seguimiento de las acciones para asegurar la mitigación efectiva del riesgo y garantizar la oportuna gestión de las cuentas por pagar frente a los proveedores.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF22043					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF22043	Gestión Financiera	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de no facturar servicios de salud prestados.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el riesgo no cumple plenamente, ya que no explicita la consecuencia o impacto institucional derivado del evento, lo que limita la claridad sobre los efectos potenciales.	Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de no facturar servicios de salud prestados, generando afectación económica y reputacional para la ESE.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF22043				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3712309	El revisor de cuentas realiza diariamente la revisión de las prefacturas comparando la HC contra lo cargado para cobrar las atenciones realizadas al paciente.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no especifica el medio de verificación documentada ni la evidencia del seguimiento, lo que limita la trazabilidad institucional del control.	El revisor de cuentas realiza diariamente la revisión de las prefacturas comparando la historia clínica contra lo cargado para cobrar las atenciones realizadas al paciente. El resultado de la revisión deberá quedar registrado en el formato o reporte de prefacturación del sistema DGH o base de datos de facturación, como medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del seguimiento.
3742309	El Auxiliar de facturación diariamente realiza entrega del recaudo a la caja de urgencias a través procedimiento facturación de servicios de salud, verificando que esta información coincida con la registrada en el sistema de información DINAMICA.	Cumple	No aplica	El Auxiliar de facturación diariamente realiza entrega del recaudo a la caja de urgencias a través procedimiento facturación de servicios de salud, verificando que esta información coincida con la registrada en el sistema de información DINAMICA.
4312401	La líder del Proceso realiza las gestiones de acuerdo a las necesidades del proceso para garantizar la solicitud o requerimiento de los perfiles necesarios para suplir las necesidades del proceso	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple, ya que no define periodicidad, medio de verificación documentada ni evidencia de seguimiento, lo que	La líder del proceso realiza las gestiones de acuerdo a las necesidades del proceso para garantizar la solicitud o requerimiento de los perfiles necesarios para suplir las necesidades del proceso. Dichas gestiones deberán documentarse mediante las solicitudes o soportes de requerimiento de personal enviadas al área de Talento

			impide comprobar su ejecución.	Humano, como medio de verificación documentada, con revisión trimestral para garantizar la trazabilidad del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GF22043:



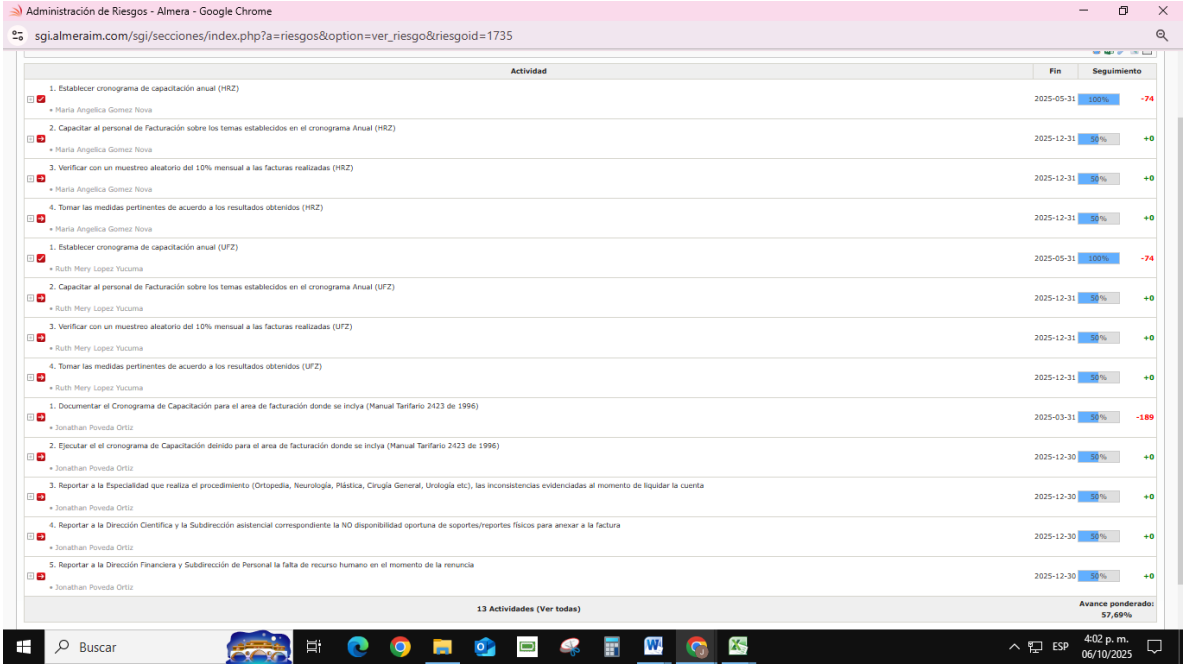
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF22043**, se definieron dos (2) actividades en el plan de acción. Ambas presentan avance parcial del 50%, manteniéndose las fechas de cumplimiento vigentes (2025-12-30). El avance ponderado general es del **50%**, evidenciando un nivel de cumplimiento moderado. Esto indica la necesidad de reforzar la ejecución y seguimiento de las acciones para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF24074					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF24074	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación económica por perdida de recursos económicos; debido a entrega incompleta de soportes de facturación por la atención servicios de salud prestados al usuario y falta de adherencia a procesos y procedimientos.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el riesgo no cumple plenamente, ya que el impacto institucional se presenta de forma genérica, sin detallar la consecuencia organizacional específica, lo que limita la claridad sobre el efecto de la pérdida económica.	Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos institucionales debido a la entrega incompleta de soportes de facturación por los servicios de salud prestados al usuario y la falta de adherencia a procesos y procedimientos, generando riesgo de disminución en la recuperación de ingresos para la ESE.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF24074				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4602402	El facturador soporta los servicios de salud registrados en la historia clínica para generar la prefactura o factura de venta correspondiente a cada usuario en el sistema.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no define medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento que permita demostrar la trazabilidad de la ejecución del control.	El facturador soporta los servicios de salud registrados en la historia clínica para generar la prefactura o factura de venta correspondiente a cada usuario en el sistema. El cumplimiento de este control deberá quedar documentado mediante los registros de prefacturación o facturación del sistema de información (DGH o Dinámica), los cuales constituyen el medio de verificación documentada y evidencia del seguimiento.
4622402	El revisor de cuentas médicas verifica en prefactura contra la Historia Clínica que el facturador haya cargado y soportado todos los servicios prestados y da el aval para generar la factura electrónica de venta.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no define periodicidad ni medio de verificación documentada que respalde la trazabilidad de la revisión.	El revisor de cuentas médicas verifica en prefactura contra la Historia Clínica que el facturador haya cargado y soportado todos los servicios prestados y da el aval para generar la factura electrónica de venta. Esta verificación deberá realizarse de manera **diaria**, dejando registro en el sistema de información (prefactura validada o listado de revisión) como medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GF24074:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF24074**, se evidencian trece (13) actividades en el plan de acción. De estas, dos (2) se encuentran ejecutadas al 100%, y once (11) presentan avance parcial del 50%. El avance ponderado es **57,69%**, reflejando un nivel intermedio de cumplimiento, lo que indica la necesidad de mantener seguimiento constante a las actividades parciales para garantizar la mitigación efectiva del riesgo y asegurar la veracidad y completitud de los soportes de facturación.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF24078					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF24078	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por reproceso operacional debido a errores en la parametrización de Códigos Únicos de Procedimientos en salud CUPS, medicamentos e insumos CUMS) del sistema Dinámica Gerencial y falta de adherencia a los procesos y procedimientos institucionales.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el riesgo no cumple plenamente, ya que el impacto se limita al aspecto reputacional sin reflejar la consecuencia institucional derivada del reproceso, lo que reduce la claridad sobre el efecto real en la gestión financiera.	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por reproceso operacional debido a errores en la parametrización de Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS), medicamentos e insumos (CUMS) del sistema Dinámica Gerencial y falta de adherencia a los procesos y procedimientos institucionales, generando afectación económica y operativa para la ESE.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF24078				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5062404	El líder de objeciones realiza el cruce y verificación de facturas devueltas por concepto de errores de parametrización, notificando a las áreas correspondientes VALIDAR CON OBJECIONES	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no define periodicidad ni medio de verificación documentada que evidencie el seguimiento y trazabilidad del control.	El líder de objeciones realiza el cruce y verificación de facturas devueltas por concepto de errores de parametrización, notificando a las áreas correspondientes. Esta verificación se realizará de manera mensual o cada vez que se generen devoluciones, dejando registro en los formatos o reportes de glosas y devoluciones del sistema DGH o base de datos institucional como medio de verificación documentada.
5072404	El técnico y el médico auditor realizan conciliaciones de glosas con las diferentes ERP y el líder de área avala los valores con el fin de validar las conciliaciones a realizar con las diferentes ERP	No Cumple	No identifica responsable formal; no indica periodicidad ni medio de verificación documentado (págs.61-63).	El técnico y el médico auditor realizan conciliaciones de glosas con las diferentes ERP y el líder de área avala los valores con el fin de validar las conciliaciones a realizar con las diferentes ERP. Estas conciliaciones se efectuarán de manera mensual, dejando registro en las actas o reportes de conciliación firmados por las partes, los cuales constituyen el medio de verificación documentada y la evidencia del seguimiento.
	El líder de proceso realiza la			El líder de proceso realiza la inducción en

5082404	inducción en puesto de trabajo a los nuevos colaboradores que ingresan al área dejando registro en el formato correpondiente	Cumple	No aplica	puesto de trabajo a los nuevos colaboradores que ingresan al área dejando registro en el formato correpondiente
5692506	El profesional de mercadeo a principio de vigencia verifica la resolución actualizada y válida los nuevos Códigos Únicos de Prestación de Servicios en Salud CUPS y sus respectivos homólogos, información que entrega al encargado de la parametrización, para que se realicen los ajustes pertinentes dentro del sistema de información Dinámica Gerencial módulo de contratos.	Cumple	No aplica	El profesional de mercadeo a principio de vigencia verifica la resolución actualizada y válida los nuevos Códigos Únicos de Prestación de Servicios en Salud CUPS y sus respectivos homólogos, información que entrega al encargado de la parametrización, para que se realicen los ajustes pertinentes dentro del sistema de información Dinámica Gerencial módulo de contratos.

Análisis en Almera del Riesgo GF24078:

Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF24078**, se definieron tres (3) actividades en el plan de acción. De estas, una (1) actividad presenta avance parcial del 50%, mientras que dos (2) actividades no registran avance (0%). El avance ponderado general es del **16,67%,** evidenciando un nivel de cumplimiento bajo, lo que indica la necesidad de reforzar de manera urgente la ejecución y

seguimiento de las acciones para mitigar efectivamente el riesgo de reproceso operacional y garantizar la correcta parametrización de los códigos CUPS y CUMS en el sistema.

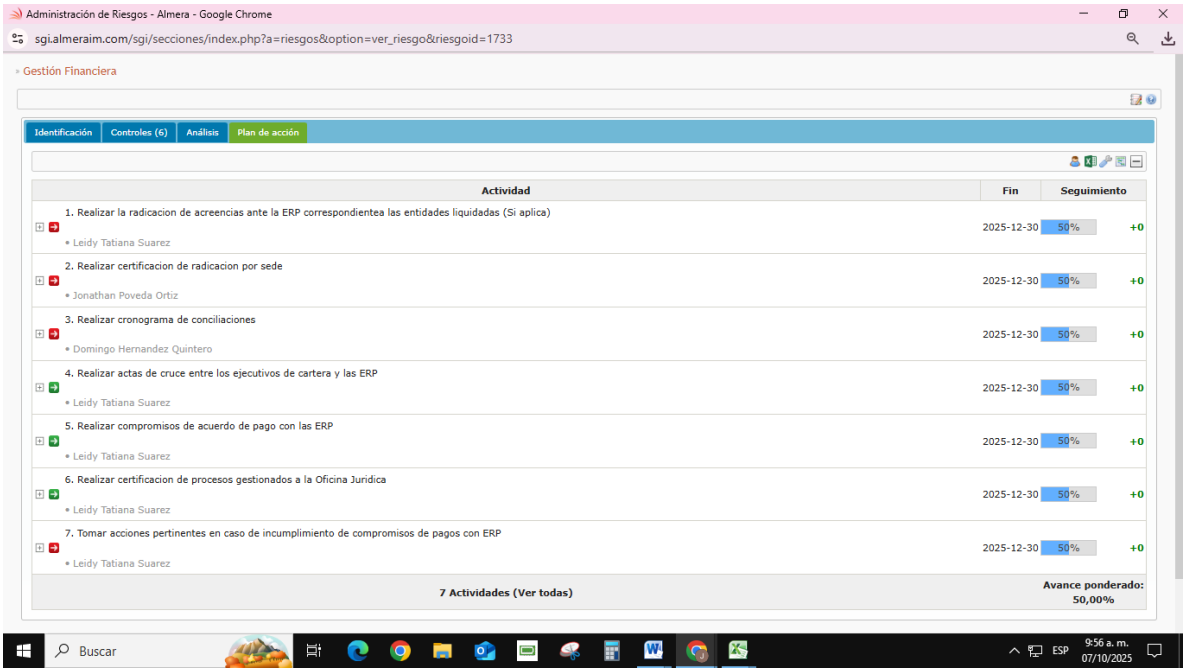
GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF24080					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF24080	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación económica y reputacional por no recuperación de cartera pendiente por motivos externos y/o internos debido a intervención o liquidación de EPS o directrices gubernamentales, demoras en la generación de los soportes de las facturas, inoportunidad en la radicación de facturación cumpliendo los requisitos normativos, inoportunidad en la respuesta de glosa e inoportunidad en la notificación para realizar el cobro persuasivo y jurídico	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por no recuperación de cartera pendiente por motivos externos y/o internos debido a intervención o liquidación de EPS o directrices gubernamentales, demoras en la generación de los soportes de las facturas, inoportunidad en la radicación de facturación cumpliendo los requisitos normativos, inoportunidad en la respuesta de glosa e inoportunidad en la notificación para realizar el cobro persuasivo y jurídico

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF24080				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5172404	El facturador revisa cuando requiera contra Historia Clínica que todos los servicios de salud prestados al paciente se encuentren cargados en la respectiva cuenta y recopila la totalidad de los soportes correspondientes a los servicios de salud prestados al paciente de acuerdo a la normatividad vigente (Anexo 5 resolución 3047 de 2008 derogada por la Resolución 2284 del 2023) y los carga en el espacio del DRIVE para la respectiva revisión.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no define periodicidad ni medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del seguimiento.	El facturador revisa la historia clínica para verificar que todos los servicios de salud prestados al paciente estén cargados en la cuenta y recopila los soportes correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente (Anexo 5 Resolución 3047 de 2008 derogada por la Resolución 2284 de 2023). Esta revisión deberá efectuarse diariamente y el cargue de soportes en el DRIVE constituye el medio de verificación documentada que evidencia la trazabilidad del control.

5182404	El Técnico de Autorizaciones verifica la gestión de autorizaciones, que se genere de la facturación de servicios dentro del mes prestado con el fin de que el coordinador de facturación con su grupo de radicadores gestione la radicación oportuna ante las EPS, aseguradoras y otras entidades	Cumple	No aplica	El Técnico de Autorizaciones verifica la gestión de autorizaciones, que se genere de la facturación de servicios dentro del mes prestado con el fin de que el coordinador de facturación con su grupo de radicadores gestione la radicación oportuna ante las EPS, aseguradoras y otras entidades
5192404	Los radicadores entregan semanalmente al área de cartera mediante oficio físico la radicación de las facturas ante la ERP, cargadas en el DRIVE para ser radicados en el sistema DINÁMICA por parte de sede Bogotá y sedes de Zipaquirá en Físico y en DRIVE	Cumple	No aplica	Los radicadores entregan semanalmente al área de cartera mediante oficio físico la radicación de las facturas ante la ERP, cargadas en el DRIVE para ser radicados en el sistema DINÁMICA por parte de sede Bogotá y sedes de Zipaquirá en Físico y en DRIVE
5202404	El área de objeciones realiza las conciliaciones de glosas con las diferentes ERP de acuerdo al cronograma con fechas establecidas por parte de las diferentes EPS y las actas de conciliación son avaladas por el líder de objeciones o la Gerencia si da a lugar.	Cumple	No aplica	El área de objeciones realiza las conciliaciones de glosas con las diferentes ERP de acuerdo al cronograma con fechas establecidas por parte de las diferentes EPS y las actas de conciliación son avaladas por el líder de objeciones o la Gerencia si da a lugar.
5212404	El ejecutivo de cartera mensualmente realiza cobro persuasivo a través de correo, notificación o circularización (esta última anual) a las diferentes ERP para gestionar el pago de cartera tal como se evidencia en el procedimiento.	Cumple	No aplica	El ejecutivo de cartera mensualmente realiza cobro persuasivo a través de correo, notificación o circularización (esta última anual) a las diferentes ERP para gestionar el pago de cartera tal como se evidencia en el procedimiento.
5222404	El ejecutivo de cartera documenta las facturas de servicios prestados con liquidación de intereses de mora, para dar inicio al cobro jurídico, información avaladas por la Coordinadora de cartera, con previa certificación por el área de mercadeo, revisoría fiscal y la gerencia	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, ya que no especifica periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que impide evidenciar la trazabilidad de su ejecución.	El ejecutivo de cartera documenta las facturas de servicios prestados con liquidación de intereses de mora, para dar inicio al cobro jurídico, información avalada por la Coordinadora de cartera, con certificación del área de Mercadeo, Revisoría Fiscal y Gerencia. Esta actividad deberá ejecutarse cada vez que se identifiquen facturas vencidas con mora, dejando registro en los oficios de cobro jurídico o en la base de datos de cartera como medio de verificación

				documentada que evidencie la trazabilidad del control.

Análisis en Almera del Riesgo GF24080:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

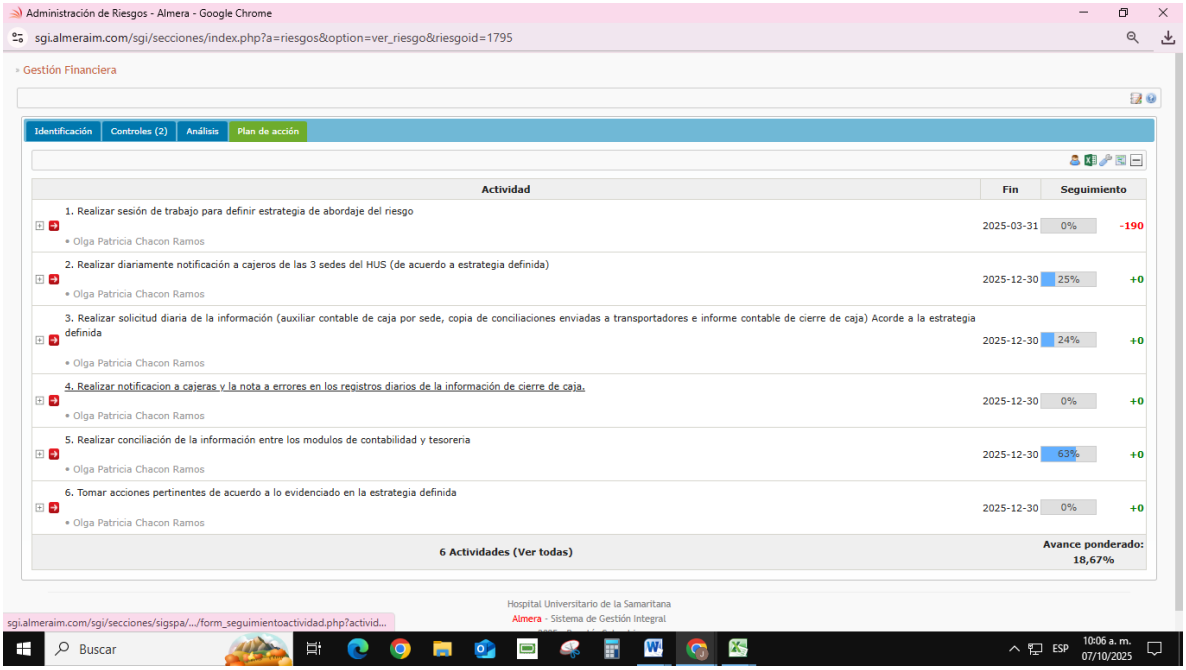
Análisis: Para el riesgo con código **GF24080**, se definieron siete (7) actividades en el plan de acción. Las siete (7) actividades presentan avance parcial del 50%. El avance ponderado general es del **50,00%** evidenciando un nivel de cumplimiento medio y la necesidad de fortalecer la ejecución para garantizar la efectiva recuperación de cartera.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF25090					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF25090	Gestión Financiera	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido a falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios de la información de cierre de caja, inoportunidad en la verificación por parte de la tesorería de la afectación de los registros en sistema de Información registrada por los cajeros, facturadores o responsables de recaudo y falta de adherencia a procesos y procedimientos Institucionales OK	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido a falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios de la información de cierre de caja, inoportunidad en la verificación por parte de la tesorería de la afectación de los registros en sistema de Información registrada por los cajeros, facturadores o responsables de recaudo y falta de adherencia a procesos y procedimientos Institucionales OK

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF25090				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5662505	La persona responsable de caja realiza diariamente el conteo y verificación de soportes y efectivo recaudado por cada uno de los facturadores y/o recaudadores y lo ingresa en la caja fuerte.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente, pues aunque define responsable y periodicidad, no establece medio de verificación documentada que evidencie la trazabilidad del conteo y la verificación del efectivo.	La persona responsable de caja realiza diariamente el conteo y verificación de soportes y efectivo recaudado por cada uno de los facturadores y/o recaudadores y lo ingresa en la caja fuerte. El registro de conteo y verificación se documentará en el formato o planilla diaria de arqueo de caja, el cual constituye el medio de verificación documentada y evidencia del seguimiento.
5672505	El técnico pagador o encargado del área de tesorería, diariamente (días hábiles), realiza la verificación de soportes entregados por parte de los facturadores y/o recaudadores del dinero correspondiente del día anterior y realiza el registro en el sistema y envío del dinero	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple plenamente porque, aunque define responsable y periodicidad, no especifica medio de verificación documentada que permita evidenciar trazabilidad de la revisión y envío de dinero al banco.	El técnico pagador o encargado del área de tesorería, diariamente (días hábiles), realiza la verificación de soportes entregados por parte de los facturadores y/o recaudadores del dinero correspondiente del día anterior y realiza el registro en el sistema y envío del dinero recaudado a la entidad bancaria de acuerdo a los tiempos programados por la transportadora. Esta verificación se soportará con los comprobantes de consignación, reportes del sistema y planillas de control de envío, los cuales

	recaudado a la entidad bancaria de acuerdo a los tiempos programados por la transportadora.			constituyen el medio de verificación documentada y la evidencia del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GF25090:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

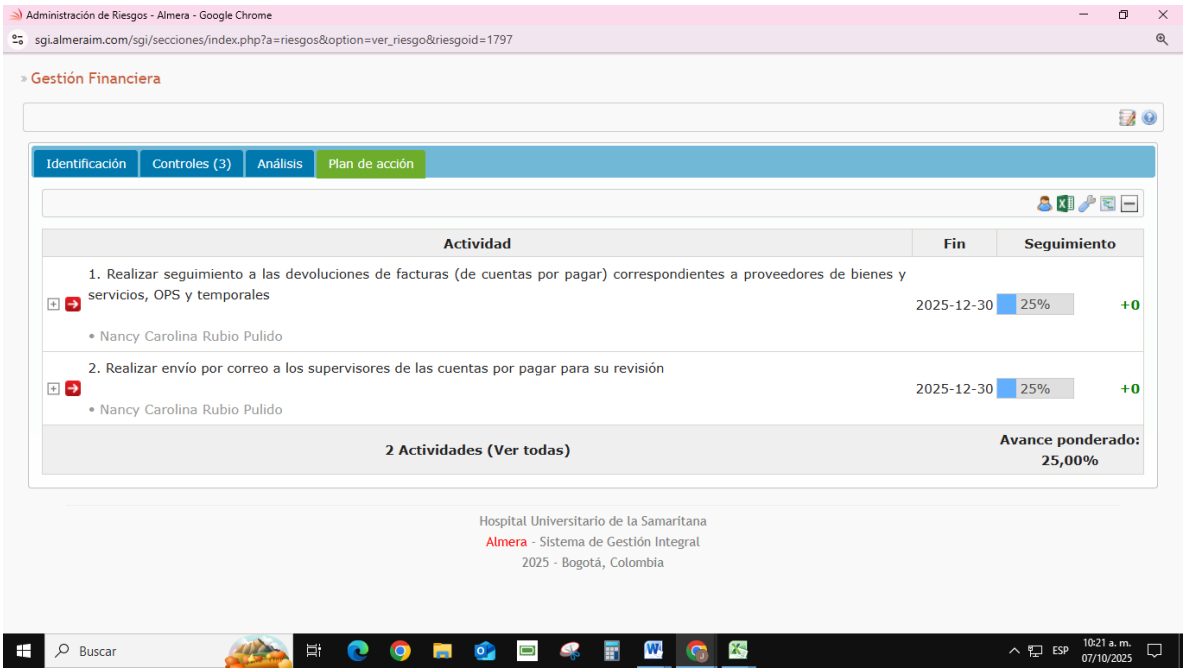
Análisis: Para el riesgo con código **GF25090**, se definieron seis (6) actividades en el plan de acción. De estas, tres (3) no registran avance (0%), dentro de las cuales una (1) se encuentra vencida, y tres (3) presentan avance parcial entre el 24% y el 63%. El avance ponderado general es del **18,67%**, evidenciando un nivel de cumplimiento bajo y la necesidad de reprogramar la actividad vencida y fortalecer el seguimiento a la ejecución para mitigar el riesgo.

GESTIÓN FINANCIERA RIESGO GF25091					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GF25091	Gestión Financiera	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por reconocimiento o causación de cuentas por pagar de bienes y servicios, OPS y temporales a razón de no contar con Registro presupuestal y falta de adherencia a los procedimientos institucionales	Cumple	No aplica	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por reconocimiento o causación de cuentas por pagar de bienes y servicios, OPS y temporales a razón de no contar con Registro presupuestal y falta de adherencia a los procedimientos institucionales

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GF25091				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5632505	La profesional y técnicos de cuentas por pagar realizan la validación de las cuentas en el sistema de pagos DGH donde verifican la existencia del Registro Presupuestal y hacen la causación de la factura por los diferentes servicios, a su vez revisan el informe presentado por parte del supervisor de cada contrato	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	La profesional y técnicos de cuentas por pagar realizan la validación de las cuentas en el sistema de pagos DGH donde verifican la existencia del Registro Presupuestal y hacen la causación de la factura por los diferentes servicios, a su vez revisan el informe presentado por parte del supervisor de cada contrato. Este control se aplica de manera mensual y la evidencia del seguimiento se conserva en los reportes de validación y causación archivados en el sistema DGH y en los soportes físicos o digitales revisados.
5642505	La profesional y técnicos de cuentas por pagar realizan la validación todos los soportes anexos a la cuenta y en caso de detectar alguna inconsistencia lo devuelven para que sea subsanado por el supervisor a la mayor brevedad posible.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada que permita evidenciar la trazabilidad del seguimiento.	La profesional y técnicos de cuentas por pagar realizan la validación todos los soportes anexos a la cuenta y en caso de detectar alguna inconsistencia lo devuelven para que sea subsanado por el supervisor a la mayor brevedad posible. Este control se ejecuta de manera mensual, dejando evidencia en los registros de control de cuentas y correos de devolución o comunicaciones con los supervisores, archivados en los soportes de cuentas por pagar.
5652505	Desde la dirección financiera establecen parámetros y fechas para realizar la radicación de las facturas o	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no	Desde la dirección financiera establecen parámetros y fechas para realizar la radicación de las facturas o cuentas por los servicios prestados a la ESE a través de una

	cuentas por los servicios prestados a la ESE a través de una Circular de fin de año, correos		define periodicidad, medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento, lo que limita la trazabilidad del control.	Circular de fin de año, correos. El control deberá precisar periodicidad anual (en el cierre financiero) y mantener como medio de verificación las circulares emitidas y los acuses de recibo de comunicación a las áreas responsables, como evidencia del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GF25091:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GF25091**, se definieron dos (2) actividades en el plan de acción. Ambas presentan avance parcial del 25%, con un avance ponderado general del **25,00%**. Se evidencia un nivel de cumplimiento bajo, por lo que se sugiere fortalecer el seguimiento a la ejecución de las actividades para mejorar la gestión del riesgo.

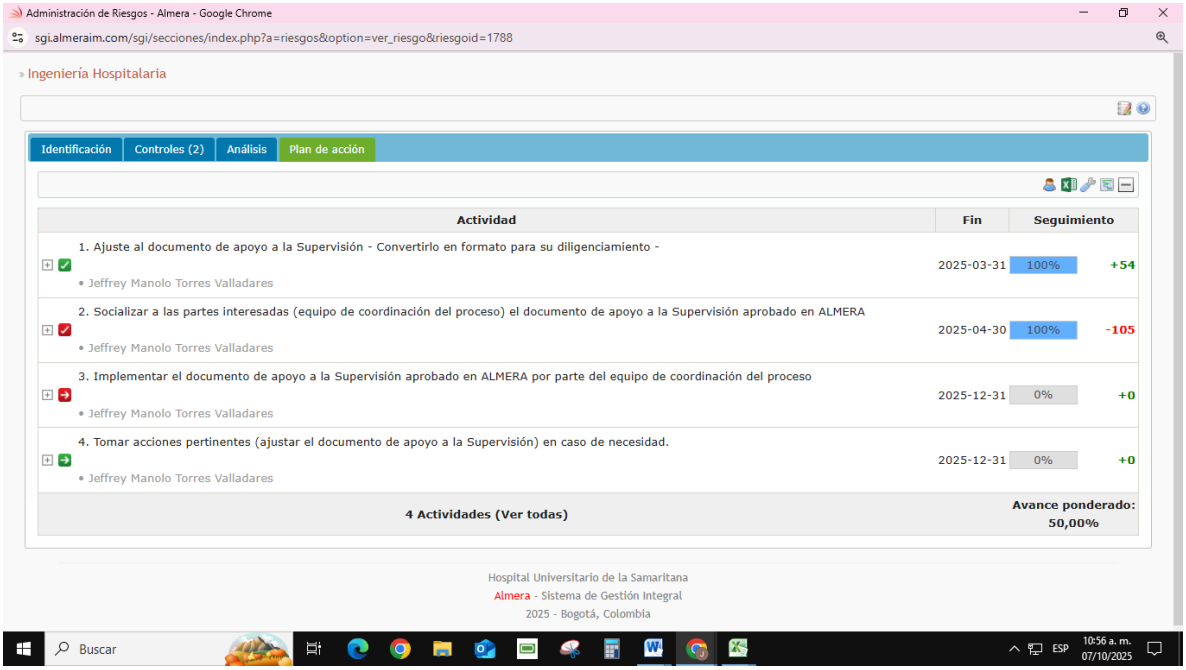
1.8.10. Ingeniería Hospitalaria

INGENIERÍA HOSPITALARIA RIESGO IH22010					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IH22010	Ingeniería Hospitalaria	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de permitir el cobro por actividades no ejecutadas en contratos de obra pública	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 49–52), el riesgo no cumple porque, aunque describe un evento y causa claros, no explicita el impacto o consecuencia sobre los objetivos institucionales (económico, reputacional o de transparencia), lo que limita la comprensión integral del riesgo.	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, generando afectación económica a los recursos públicos y daño reputacional institucional por permitir el cobro de actividades no ejecutadas en contratos de obra pública.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IH22010				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3922309	El arquitecto a cargo de la obra a evaluar, antes de cada radicación de corte de obra para pago realiza la verificación de la información consignada por parte del contratista en el del formato Memoria de caculo y revisa contra lo establecido contractualmente, si todo se encuentra dentro de los parámetros aprueba para surtir el proceso de pago, en caso contrario se reporta la situación al líder del proceso junto con el contratista para que este último realice la corrección pertinente.	Cumple	No aplica	El arquitecto a cargo de la obra a evaluar, antes de cada radicación de corte de obra para pago realiza la verificación de la información consignada por parte del contratista en el del formato Memoria de caculo y revisa contra lo establecido contractualmente, si todo se encuentra dentro de los parámetros aprueba para surtir el proceso de pago, en caso contrario se reporta la situación al líder del proceso junto con el contratista para que este último realice la corrección pertinente.
3932309	El arquitecto a cargo de la obra a evaluar, antes de cada radicación de corte de obra para pago realiza la verificación de la información consignada por parte del contratista en el Formato Actas para pago y revisa contra lo establecido contractualmente, si todo se encuentra dentro de los parámetros aprueba para surtir el proceso de pago, en caso contrario se reporta la situación al líder del	Cumple	No aplica	El arquitecto a cargo de la obra a evaluar, antes de cada radicación de corte de obra para pago realiza la verificación de la información consignada por parte del contratista en el Formato Actas para pago y revisa contra lo establecido contractualmente, si todo se encuentra dentro de los parámetros aprueba para surtir el proceso de pago, en caso contrario se reporta la situación al líder del proceso junto con el contratista para para que

	proceso junto con el contratista para para que este último realice la corrección pertinente.			este último realice la corrección pertinente.

Análisis en Almera del Riesgo IH22010:



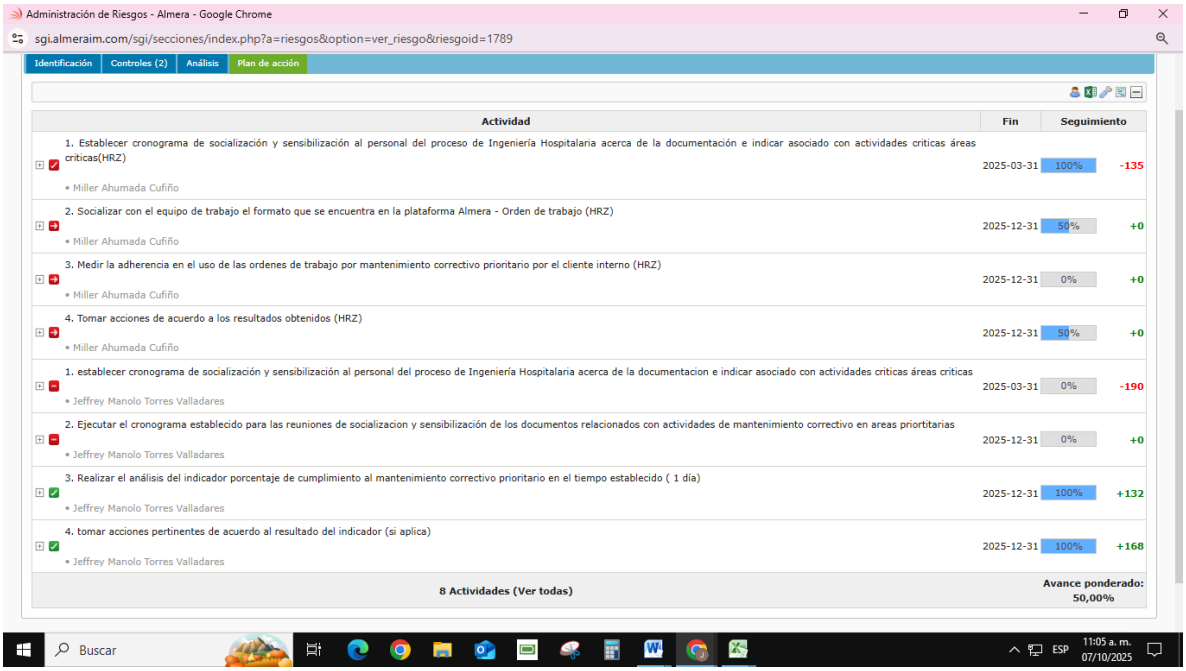
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **IH22010**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. Dos (2) actividades registran cumplimiento total (100%), una (1) de ellas ejecutada de forma extemporánea, y dos (2) actividades no registran avance (0%). El avance ponderado general es del **50,00%**, evidenciando un cumplimiento medio y la necesidad de continuar con la ejecución oportuna de las actividades pendientes para garantizar la efectividad del plan.

INGENIERÍA HOSPITALARIA RIESGO IH22026					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IH22026	Ingeniería Hospitalaria	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por investigación de un ente regulador debido a falta de seguimiento de las solicitudes prioritarias para realizar el mantenimiento correctivo y desconocimiento del procedimiento	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por investigación de un ente regulador debido a falta de seguimiento de las solicitudes prioritarias para realizar el mantenimiento correctivo y desconocimiento del procedimiento.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IH22026				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0582204	El operario asignado al área solicitante realiza seguimiento diario a través de la plataforma AM-AMSI, indicando el estado en que se encuentra la solicitud, esta información es insumo para el análisis del indicador	Cumple	No aplica	El operario asignado al área solicitante realiza seguimiento diario a través de la plataforma AM-AMSI, indicando el estado en que se encuentra la solicitud, esta información es insumo para el análisis del indicador
3002209	El profesional de Ingeniería Hospitalaria delegado por el líder de proceso realiza la socialización del procedimiento RECEPCIÓN Y EJECUCIÓN DE SOLICITUDES DE MTTO CORRECTIVO a los colaboradores que ingresan al área o llevan más de 2 años en el proceso	Cumple	No aplica	El profesional de Ingeniería Hospitalaria delegado por el líder de proceso realiza la socialización del procedimiento RECEPCIÓN Y EJECUCIÓN DE SOLICITUDES DE MTTO CORRECTIVO a los colaboradores que ingresan al área o llevan más de 2 años en el proceso

Análisis en Almera del Riesgo IH22026:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **IH22026**, se definieron ocho (8) actividades en el plan de acción. De estas, tres (3) presentan avance del 100%, dos (2) alcanzan un avance parcial del 50%, y tres (3) no registran progreso (0%), entre las cuales una (1) se encuentra vencida. El avance ponderado general es del **50,00%**, evidenciando un nivel de cumplimiento medio; no obstante, se sugiere reprogramar la actividad vencida y fortalecer el seguimiento a las acciones sin avance para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

INGENIERÍA HOSPITALARIA RIESGO IH22058					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IH22058	Ingeniería Hospitalaria	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por aumento en tiempos previstos y costos previstos de las obras de modernización del HUS y sus sedes, debido a inadecuado cálculo de presupuestos previstos y/o tiempos previstos de ejecución de la obra, e inadecuado apoyo a la supervisión de la obra.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por aumento en tiempos previstos y costos previstos de las obras de modernización del HUS y sus sedes, debido a inadecuado cálculo de presupuestos previstos y/o tiempos previstos de ejecución de la obra, e inadecuado apoyo a la supervisión de la obra.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IH22058				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2752209	El arquitecto (a) asignada para la obra o proyecto de modernización realiza la aplicación de los procedimientos de contratación directa o convocatoria pública para cumplir con los criterios establecidos, cada vez que se requiera de acuerdo a la etapa de contratación.	Cumple	No aplica	El arquitecto (a) asignada para la obra o proyecto de modernización realiza la aplicación de los procedimientos de contratación directa o convocatoria pública para cumplir con los criterios establecidos, cada vez que se requiera de acuerdo a la etapa de contratación.
2762209	La arquitecta asignada al proyecto u obra realizará el seguimiento y apoyo a la la supervisión de la contratación, a través de los documentos pertinentes y generados durante la ejecución. (Comités de obra de manera periódica máximo cada 15 días y actas de pago según aplique)	Cumple	No aplica	La arquitecta asignada al proyecto u obra realizará el seguimiento y apoyo a la la supervisión de la contratación, a través de los documentos pertinentes y generados durante la ejecución. (Comités de obra de manera periódica máximo cada 15 días y actas de pago según aplique)
2772209	La arquitecta asignada al proyecto u obra, realizará la verificación y validación del informe de avance y desarrollo de obra presentado por el contratista, quedando como soporte en el periodo de ejecución del contrato relacionado.	Cumple	No aplica	La arquitecta asignada al proyecto u obra, realizará la verificación y validación del informe de avance y desarrollo de obra presentado por el contratista, quedando como soporte en el periodo de ejecución del contrato relacionado.
2782209	El profesional asignado por el líder de proceso realiza el cargue mensual del Avance e informe de obra a Contraloría aplicativo FILEZILLA	Cumple	No aplica	El profesional asignado por el líder de proceso realiza el cargue mensual del avance e informe de obra a Contraloría aplicativo FILEZILLA.

Análisis en Almera del Riesgo IH22058:

Fuente: *Pagina Web Institucional*

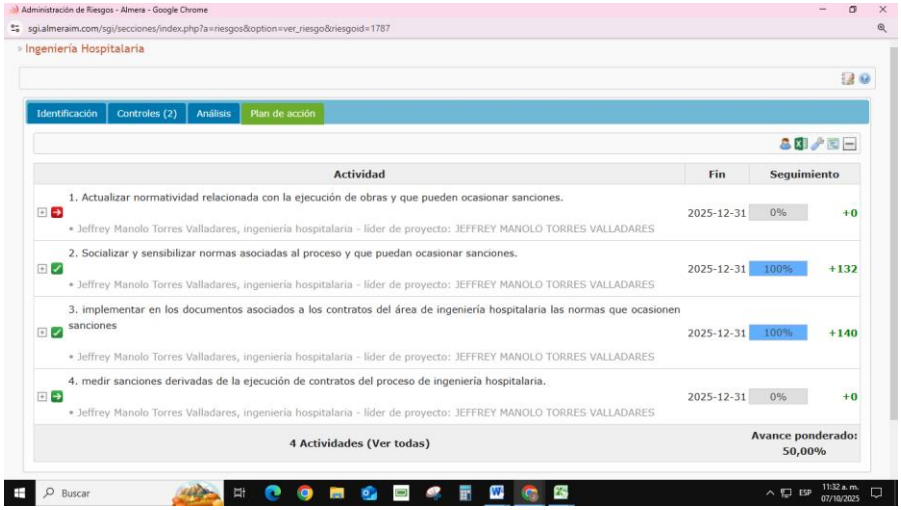
Análisis: Para el riesgo con código **IH22058**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. De estas, dos (2) presentan avance del 100%, una (1) de ellas ejecutada de manera extemporánea (71 días); y dos (2) no registran progreso (0%), ambas aún vigentes (2025-12-31). El avance ponderado general es del **50,00%**, evidenciando un nivel de cumplimiento medio. Se sugiere fortalecer el seguimiento a las actividades pendientes para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

INGENIERÍA HOSPITALARIA RIESGO IH24079					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IH24079	Ingeniería Hospitalaria	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos, por pago de multa, o sanción debido a falta de gestión en el desarrollo de las obras desde la etapa precontractual hasta su finalización e inadecuada gestión del proceso.	Cumple	No aplica	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos, por pago de multa, o sanción debido a falta de gestión en el desarrollo de las obras desde la etapa precontractual hasta su finalización e inadecuada gestión del proceso.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IH24079

Código (Control)	Control	Cumple Control	Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)	Control Ajustado
4982403	EL líder de proceso de Ingeniería Hospitalaria realiza trimestralmente la actualización del normograma del proceso en lo relacionado con ejecución de obras y lo envía a Jurídica para su publicación en pagina web Institucional	Cumple	No aplica	EL líder de proceso de Ingeniería Hospitalaria realiza trimestralmente la actualización del normograma del proceso en lo relacionado con ejecución de obras y lo envía a Jurídica para su publicación en página web Institucional.
4992403	El líder de proceso realiza seguimiento priorizado a la normatividad principal sancionatoria relacionada con ejecución de obras a través del equipo primario mensual dejando su evidencia en las actas correspondientes	Cumple	No aplica	El líder de proceso realiza seguimiento priorizado a la normatividad principal sancionatoria relacionada con ejecución de obras a través del equipo primario mensual dejando su evidencia en las actas correspondientes.

Análisis en Almera del Riesgo IH24079:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **IH24079**, se definieron cuatro (4) actividades en el plan de acción. De estas, dos (2) presentan avance del 100%, y dos (2) no registran progreso 0%, ambas aún vigentes (2025-12-31). El avance ponderado general es del **50,00%**, evidenciando un nivel de cumplimiento medio. Se sugiere fortalecer el seguimiento a las actividades pendientes para asegurar la mitigación efectiva del riesgo.

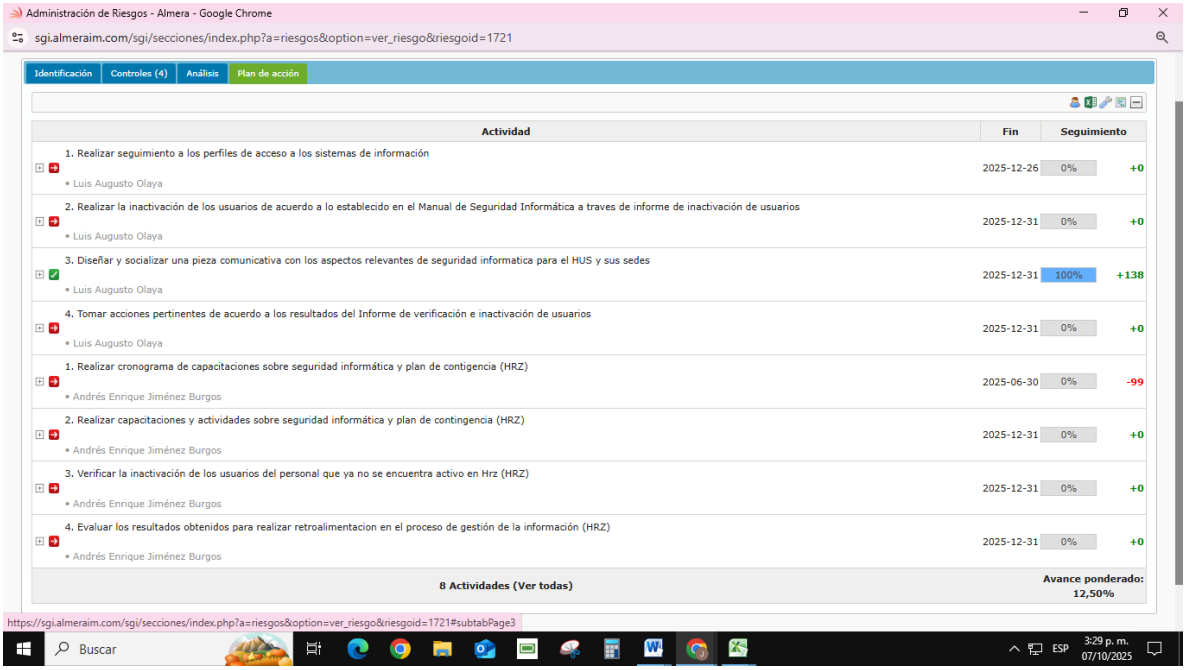
1.8.11. Gestión de la Información TIC

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC RIESGO GIS22018					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GIS22018	Gestión de la Información TIC	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el acceso indebido de la información contenida en los sistemas.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 49–52), el riesgo no cumple porque no explicita el impacto o consecuencia sobre los objetivos institucionales (económico, reputacional o de transparencia), lo que limita su comprensión integral.	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, con el fin de facilitar el acceso indebido a la información contenida en los sistemas, generando afectación a la confidencialidad de la información institucional y daño reputacional por vulneración de la transparencia y seguridad de los datos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GIS22018				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3942309	El profesional del área de sistemas encargado realiza la inactivación del usuario a los diferentes sistemas de información a los cuales tenía acceso el colaborador que se retira del HUS, de acuerdo al reporte recibido por parte de los líderes o responsables.	Cumple	No aplica	El profesional del área de sistemas encargado realiza la inactivación del usuario a los diferentes sistemas de información a los cuales tenía acceso el colaborador que se retira del HUS, de acuerdo al reporte recibido por parte de los líderes o responsables.
3952309	El profesional de sistemas que realiza la creación del usuario verifica dentro del formato de activación de usuarios debe asignar el rol descrito dentro del formato el cual cuenta con los permisos asignados y formalizados por cada uno de los líderes de área.	Cumple	No aplica	El profesional de sistemas que realiza la creación del usuario verifica dentro del formato de activación de usuarios debe asignar el rol descrito dentro del formato el cual cuenta con los permisos asignados y formalizados por cada uno de los líderes de área.
3962309	El profesional de sistemas encargado de la administración del directorio activo realiza de manera trimestral la parametrización de la definición de tiempo de caducidad, longitud y demás características para la creación de las contraseñas	Cumple	No aplica	El profesional de sistemas encargado de la administración del directorio activo realiza de manera trimestral la parametrización de la definición de tiempo de caducidad, longitud y demás características para la creación de las contraseñas de

	de acceso a los equipos de cómputo.			acceso a los equipos de cómputo.
3972309	El ingeniero de sistemas encargado de la consola de administración de antivirus realiza de manera trimestral la restricción de los accesos a dispositivos extraíbles.	Cumple	No aplica	El ingeniero de sistemas encargado de la consola de administración de antivirus realiza de manera trimestral la restricción de los accesos a dispositivos extraíbles.

Análisis en Almera del Riesgo GIS22018:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GIS22018**, se definieron 8 actividades en el plan de acción. De estas, 1 actividad presenta avance del 100%, las 7 actividades restantes no registran progreso (0%); de ellas, 6 se encuentran vigentes con fechas de finalización al 31 de diciembre de 2025 y 1 actividad se encuentra vencida con fecha de 30 de junio de 2025 (99 días de retraso).

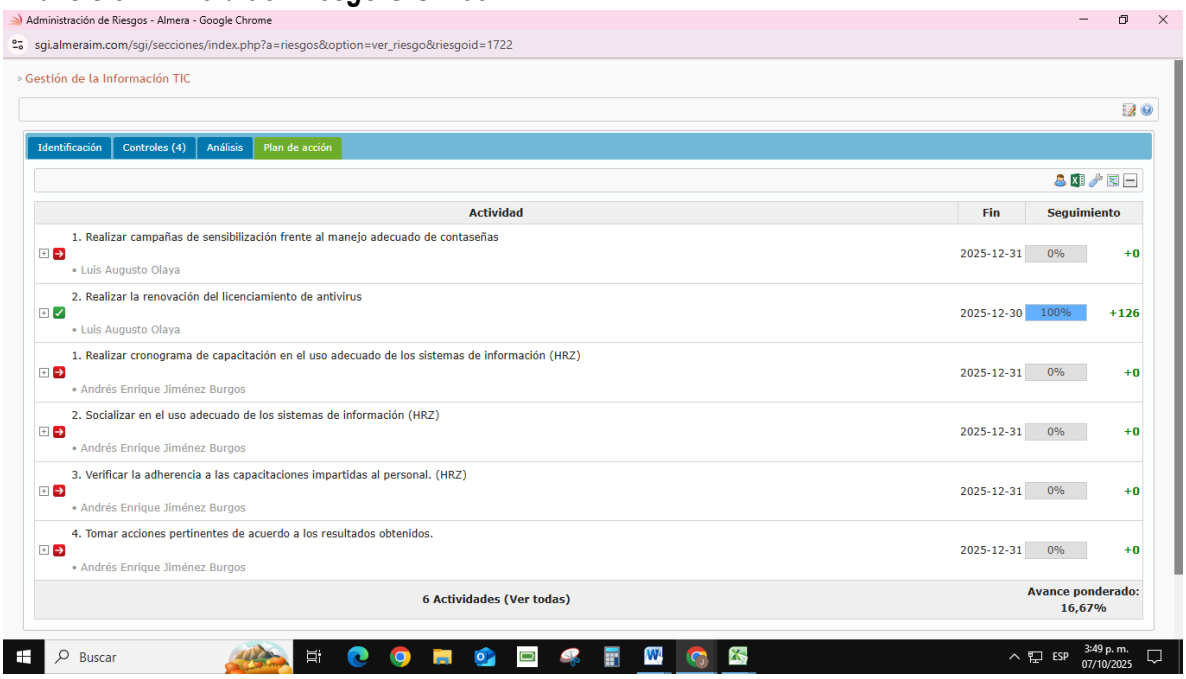
El avance ponderado general del plan de acción es del **12,5%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento bajo. Se sugiere fortalecer el seguimiento mensual al cumplimiento de las actividades, priorizando la ejecución de las acciones pendientes, con el fin de asegurar el control efectivo sobre la seguridad informática institucional y el cierre oportuno de los compromisos establecidos.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC RIESGO GIS22034					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GIS22034	Gestión de la Información TIC	Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida de información de los sistemas críticos de la HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información, posibles ataques cibernéticos y falta de adherencia a los procesos y procedimientos.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida de información de los sistemas críticos de la HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información, posibles ataques cibernéticos y falta de adherencia a los procesos y procedimientos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GIS22034				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4822403	El ingeniero de sistemas encargado del seguimiento a las copias de seguridad de los sistemas de información realiza seguimiento diario a la generación de las copias, transferencia, entrega de copias para almacenamiento externo y pruebas de restauración.	Cumple	No aplica	El ingeniero de sistemas encargado del seguimiento a las copias de seguridad de los sistemas de información realiza seguimiento diario a la generación de las copias, transferencia, entrega de copias para almacenamiento externo y pruebas de restauración.
4832403	El ingeniero de sistemas encargado de la consola de administración de antivirus realiza de manera mensual seguimiento a los reportes de equipos que se encuentran con antivirus desactualizado.	Cumple	No aplica	El ingeniero de sistemas encargado de la consola de administración de antivirus realiza de manera mensual seguimiento a los reportes de equipos que se encuentran con antivirus desactualizado.
4842403	El ingeniero de sistemas encargado de la administración de la plataforma de control de contenidos (FIREWALL) realiza seguimiento mensual a los reportes de ataques informáticos recibidos que hayan registrados.	Cumple	No aplica	El ingeniero de sistemas encargado de la administración de la plataforma de control de contenidos (FIREWALL) realiza seguimiento mensual a los reportes de ataques informáticos recibidos que hayan registrados.
4852403	El profesional de sistemas encargado de la administración del directorio activo realiza por cada usuario nuevo la parametrización de la definición de tiempo de caducidad, longitud y demás características	Cumple	No aplica	El profesional de sistemas encargado de la administración del directorio activo realiza por cada usuario nuevo la parametrización de la definición de tiempo de caducidad, longitud y demás características para

	para la creación de las contraseñas de acceso a los equipos de cómputo.			la creación de las contraseñas de acceso a los equipos de cómputo.

Análisis en Almera del Riesgo GIS22034:



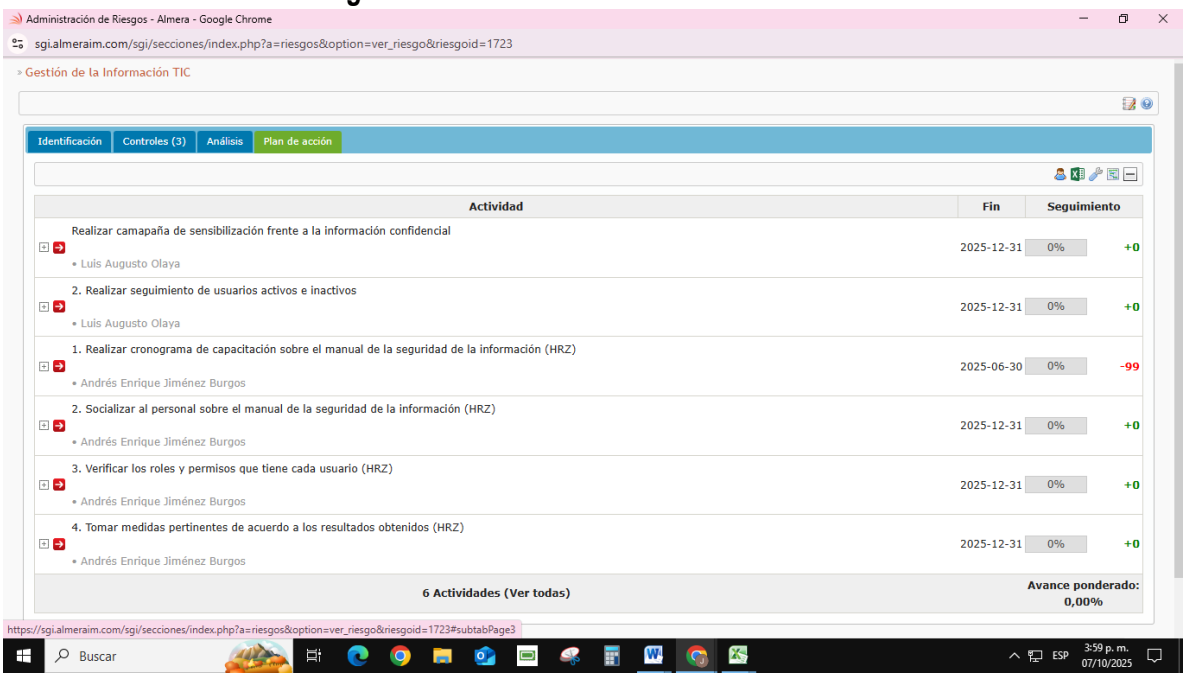
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GIS22034**, se definieron 6 actividades en el plan de acción. De estas, 1 actividad presenta un avance del 100%, mientras que las 5 actividades restantes registran un avance del 0%, todas se encuentran vigentes, con fecha de finalización programada para el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **16,67%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento bajo en la ejecución del plan de acción. Se sugiere fortalecer el seguimiento a las actividades pendientes, priorizando la ejecución de las acciones de capacitación y sensibilización, ya que estas contribuyen directamente a la mitigación del riesgo de pérdida o afectación de la información institucional.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC RIESGO GIS24075					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GIS24075	Gestión de la Información TIC	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por alteración de la seguridad y confidencialidad de la información, debido a acceso no controlado a información confidencial.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por alteración de la seguridad y confidencialidad de la información, debido a acceso no controlado a información confidencial.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GIS24075				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4862403	El profesional de sistemas que realiza la creación del usuario verifica dentro del formato de activación de usuarios debe asignar el rol descrito dentro del formato el cual cuenta con los permisos asignados y formalizados por cada uno de los líderes de área.	Cumple	No aplica	El profesional de sistemas que realiza la creación del usuario verifica dentro del formato de activación de usuarios debe asignar el rol descrito dentro del formato el cual cuenta con los permisos asignados y formalizados por cada uno de los líderes de área.
4872403	El profesional de sistemas encargado de la administración del directorio activo realiza por cada usuario nuevo la parametrización de la definición de tiempo de caducidad, longitud y demás características para la creación de las contraseñas de acceso a los equipos de cómputo.	Cumple	No aplica	El profesional de sistemas encargado de la administración del directorio activo realiza por cada usuario nuevo la parametrización de la definición de tiempo de caducidad, longitud y demás características para la creación de las contraseñas de acceso a los equipos de cómputo.
4882403	El ingeniero de sistemas encargado de la consola de administración de antivirus realiza a demanda la restricción de los accesos a dispositivos extraíbles según lo definido en el (Manual de Seguridad Informática).	Cumple	No aplica	El ingeniero de sistemas encargado de la consola de administración de antivirus realiza a demanda la restricción de los accesos a dispositivos extraíbles según lo definido en el (Manual de Seguridad Informática).

Análisis en Almera del Riesgo GIS24075:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

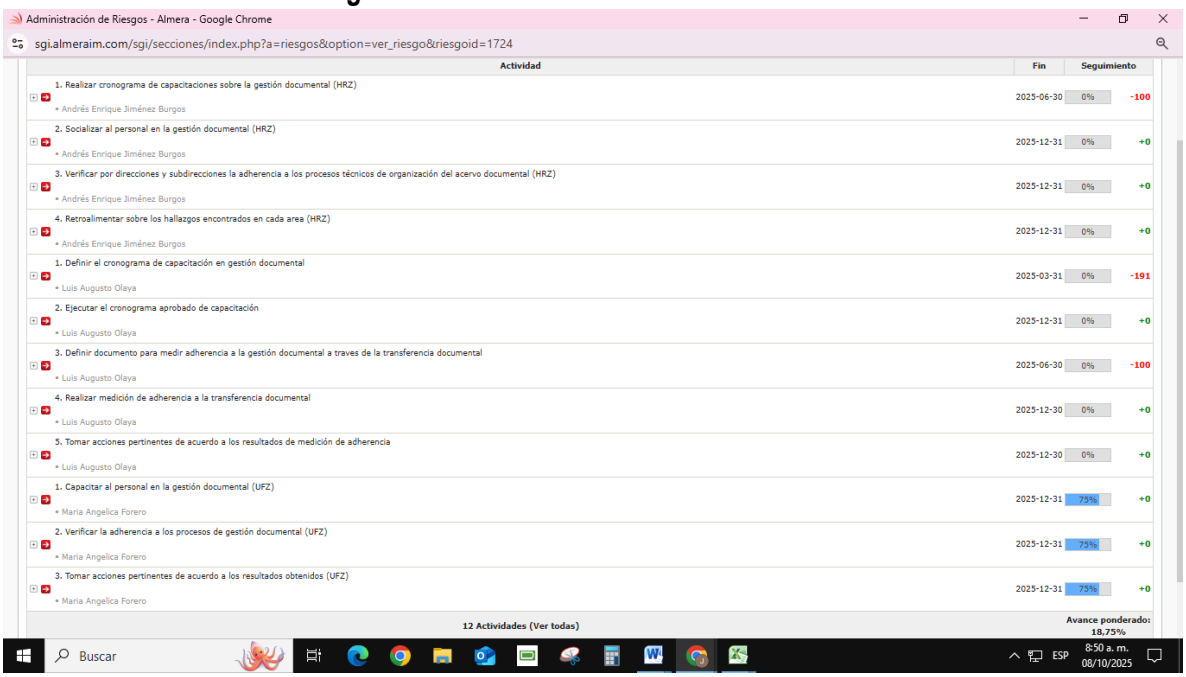
Análisis: Para el riesgo con código **GIS24075**, se definieron 6 actividades en el plan de acción. Ninguna registra progreso (0%). De estas, 5 actividades se encuentran vigentes, con fecha de finalización al 31 de diciembre de 2025, y 1 actividad se encuentra vencida con fecha de cierre programada para el 30 de junio de 2025 (99 días de retraso). El avance ponderado general es del **0,00%**, reflejando un nivel de cumplimiento nulo. Se sugiere fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las actividades, priorizando la ejecución de las acciones vencidas para asegurar el control efectivo sobre la seguridad y confidencialidad de la información institucional.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC RIESGO GIS24076					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GIS24076	Gestión de la Información TIC	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por perdida de integridad de la información, debido a deterioro de la gestión documental de archivos físicos, apropiación, custodia y manejo por parte del talento humano y falta de adherencia a procesos y procedimientos.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por perdida de integridad de la información, debido a deterioro de la gestión documental de archivos físicos, apropiación, custodia y manejo por parte del talento humano y falta de adherencia a procesos y procedimientos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GIS24076				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4892403	El profesional de Gestión Documental realiza diariamente la revisión y monitoreo de las condiciones ambientales del espacio físico donde se encuentra almacenado el archivo central de la entidad realiza, quedando registro general del HUS	Cumple	No aplica	El profesional de Gestión Documental realiza diariamente la revisión y monitoreo de las condiciones ambientales del espacio físico donde se encuentra almacenado el archivo central de la entidad realiza, quedando registro general del HUS
4902403	El profesional de Gestión Documental realiza jornadas de capacitación en los diferentes procesos de acuerdo al cronograma establecido, en donde se informa cuáles son las actividades que se deben ejecutar en la manipulación, organización y requisitos que se deben tener para el proceso de transferencia documental.	No cumple	Según Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), requiere incorporar el medio de verificación. no especifica el medio de verificación documentada que evidencie la ejecución de las capacitaciones (por ejemplo, actas o registros).	El profesional de Gestión Documental realiza jornadas de capacitación en los diferentes procesos de acuerdo al cronograma establecido, en donde se informa cuáles son las actividades que se deben ejecutar en la manipulación, organización y requisitos que se deben tener para el proceso de transferencia documental. Medio de verificación documentada: Actas o registros de asistencia a las capacitaciones.
4912403	El técnico del área de gestión documental, para las solicitudes de préstamo documental realiza registro en el formato de préstamo documental trimestral mente y seguimiento a los préstamos documentarles pendientes por entregar en el	Cumple	No aplica	El técnico del área de gestión documental, para las solicitudes de préstamo documental realiza registro en el formato de préstamo documental trimestral mente y seguimiento a los préstamos documentarles pendientes por entregar en el periodo.

	periodo.			

Análisis en Almera del Riesgo GIS24076:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GIS24076**, se definieron 12 actividades en el plan de acción. De estas, 3 registran progreso del 75%, mientras que las 9 actividades restantes presentan avance del 0%. De las actividades sin avance, 3 se encuentran vencidas, con retrasos de 191 y 100 días, y 6 actividades se encuentran vigentes con fecha de finalización al 31 o 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **18,75%**, reflejando un nivel de cumplimiento bajo. Se sugiere fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las actividades, priorizando la ejecución de las acciones vencidas para mejorar la adherencia a los procesos de gestión documental y garantizar la transferencia y organización adecuada del acervo documental institucional.

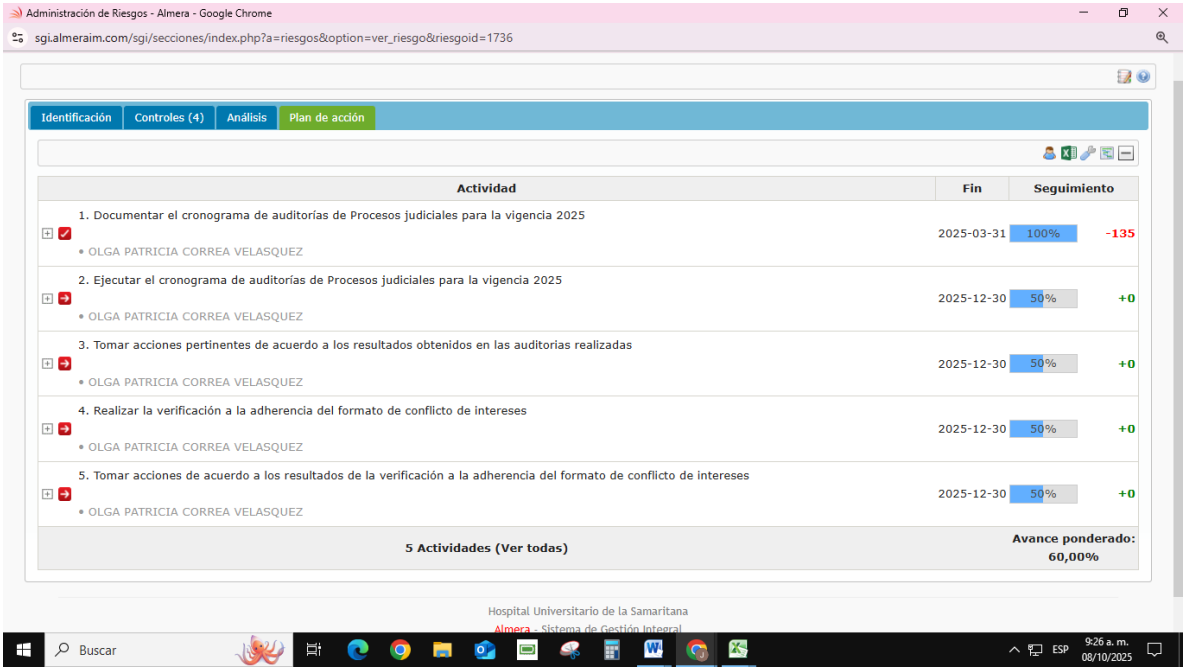
1.8.12. Gestión Jurídica

GESTIÓN JURÍDICA RIESGO GJ22011					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GJ22011	Gestión Jurídica	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de facilitar el vencimiento de términos o la prescripción del mismo.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 49–52), el riesgo pero no explicita el impacto sobre los objetivos institucionales (por ejemplo: afectación jurídica, perjuicio económico o daño reputacional). La guía exige que la consecuencia/impacto quede explícita para comprender plenamente el riesgo.	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, generando afectación jurídica y económica a la entidad (pérdida de derechos, responsabilidad patrimonial) y daño reputacional por omisión o encubrimiento de obligaciones procesales.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GJ22011				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0242203	El abogado auditor de procesos judiciales por medio de un informe mensual verifica que las demandas en contra del Hospital sean contestadas dentro del término de ley, allí se establece la fecha de admisión del proceso y la fecha de contestación de la demanda para certificar que se cumplió con el término legal.	Cumple	No aplica	El abogado auditor de procesos judiciales por medio de un informe mensual verifica que las demandas en contra del Hospital sean contestadas dentro del término de ley, allí se establece la fecha de admisión del proceso y la fecha de contestación de la demanda para certificar que se cumplió con el término legal.
0252203	El abogado auditor de procesos judiciales realiza seguimiento a las actuaciones efectuadas por el abogado apoderado de manera bimestral, por medio de la revisión de procesos en el aplicativo de la Rama Judicial, samai, spoa y el registro en la base de datos de proceso judiciales.	Cumple	No aplica	El abogado auditor de procesos judiciales realiza seguimiento a las actuaciones efectuadas por el abogado apoderado de manera bimestral, por medio de la revisión de procesos en el aplicativo de la Rama Judicial, samai, spoa y el registro en la base de datos de proceso judiciales.
0262203	El abogado auditor de procesos judiciales realiza seguimiento a las actuaciones realizadas por el abogado apoderado de manera trimestral, especialmente cuando se interponga una demanda, por medio de la revisión de procesos en el aplicativo de la Rama Judicial y el	Cumple	No aplica	El abogado auditor de procesos judiciales realiza seguimiento a las actuaciones realizadas por el abogado apoderado de manera trimestral, especialmente cuando se interponga una demanda, por medio de la revisión de procesos en el aplicativo de la Rama Judicial y el

	registro de la información en el aplicativo SIHO del Decreto 2193 del Ministerio de la Protección Social y el registro en la base de datos de proceso judiciales.			registro de la información en el aplicativo SIHO del Decreto 2193 del Ministerio de la Protección Social y el registro en la base de datos de proceso judiciales.
4322401	El abogado certifica de manera mensual que al conocer el proceso no tiene conflicto de intereses	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no especifica el medio de verificación documentada ni la evidencia del seguimiento	El abogado certifica de manera mensual que al conocer el proceso no tiene conflicto de intereses, dejando evidencia mediante el formato o registro documentado de declaración de conflicto de intereses.

Análisis en Almera del Riesgo GJ2201:



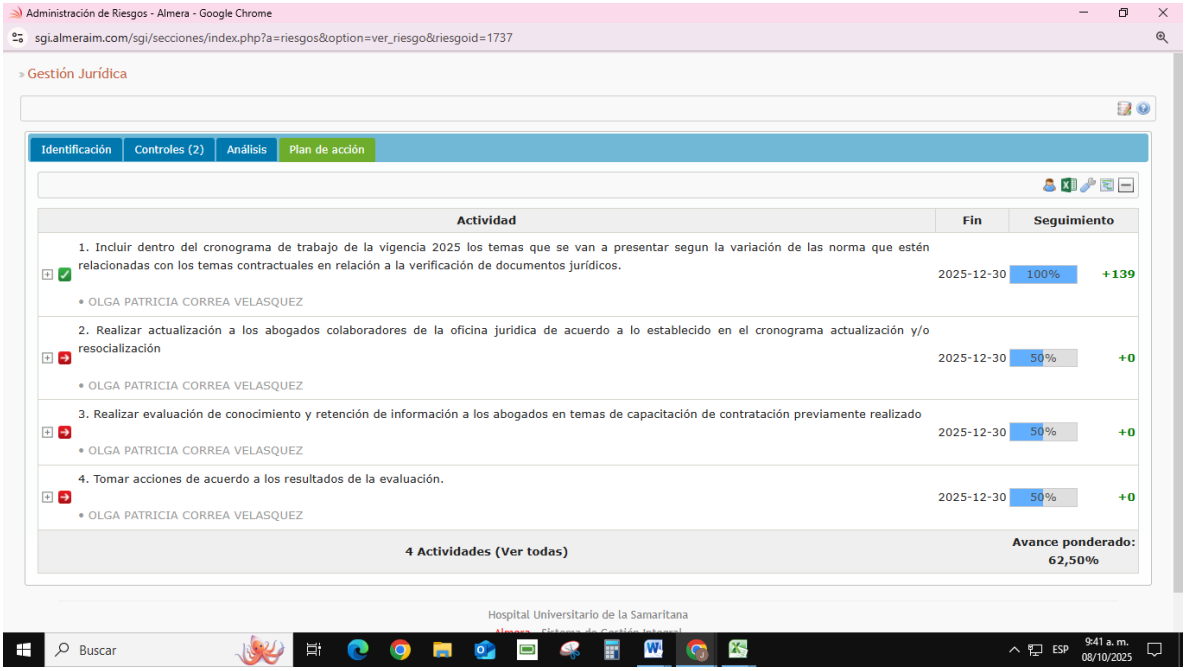
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GJ2201**, se definieron 5 actividades. De estas, 1 registra un avance del 100% ejecutada de manera extemporánea (135 días), mientras que las 4 actividades restantes presentan un progreso del 50%, las actividades se encuentran vigentes, con fecha de finalización (2025-12-30). El avance ponderado general es del **60%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio y evidencia un desarrollo progresivo en la implementación de las acciones planificadas. Se sugiere mantener el seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades, garantizando su ejecución oportuna y el cierre efectivo de los compromisos establecidos.

GESTIÓN JURÍDICA RIESGO GJ22023					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GJ22023	Gestión Jurídica	Posibilidad de afectación Económica y reputacional por habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales, debido a inobservancia de la norma aplicable a cada modalidad de contratación u omisión de algunos de los requisitos necesarios para la evaluación.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación Económica y reputacional por habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales, debido a inobservancia de la norma aplicable a cada modalidad de contratación u omisión de algunos de los requisitos necesarios para la evaluación.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GJ22023				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0482203	El líder del proceso de contratación realiza la capacitación a los Abogados Colaboradores de la Oficina Asesora Jurídica (Contratación) de manera anual dejando registro en un Drive.	Cumple	No aplica	El líder del proceso de contratación realiza la capacitación a los Abogados Colaboradores de la Oficina Asesora Jurídica (Contratación) de manera anual dejando registro en un Drive.
0512203	Tanto el líder de contratación como el líder del proceso realizan la verificación de las evaluaciones jurídicas de los procesos de contratación y en caso de inconsistencias se realiza la corrección pertinente	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque, aunque define responsables y actividad, no especifica periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	Tanto el líder de contratación como el líder del proceso realizan la verificación de las evaluaciones jurídicas de los procesos de contratación, y en caso de inconsistencias se realiza la corrección pertinente. Periodicidad: mensual. Medio de verificación documentada: registros o actas de revisión de evaluaciones jurídicas.

Análisis en Almera del Riesgo GJ22023:



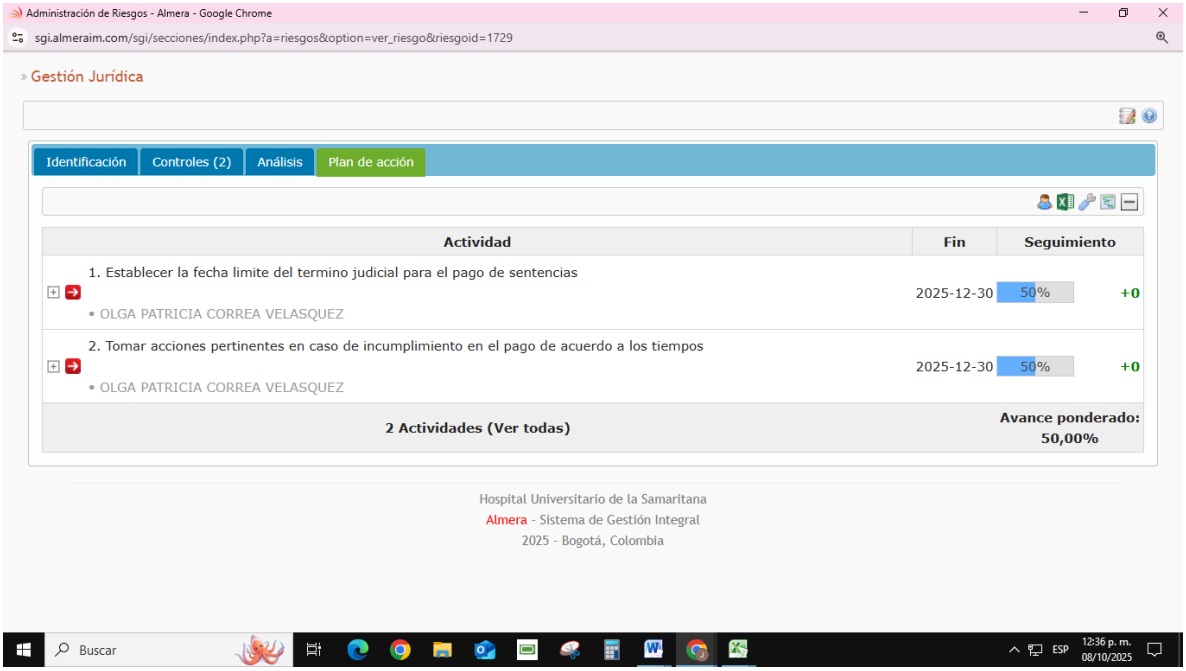
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GJ22023**, se definieron cuatro (4) actividades. De estas, una (1) registra un avance del 100%, mientras que las tres (3) actividades restantes presentan un progreso del 50%. Todas las actividades se encuentran vigentes, con fecha de finalización (2025-12-30). El avance ponderado general es del **62,5%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio y evidencia avances sostenidos en la ejecución del plan de acción, orientado al fortalecimiento de los procesos jurídicos y contractuales. Se sugiere mantener el seguimiento periódico al desarrollo de las actividades, garantizando su ejecución oportuna y cierre efectivo, conforme a los objetivos establecidos.

GESTIÓN JURÍDICA RIESGO GJ24088					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GJ24088	Gestión Jurídica	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por pago de intereses moratorios en la cancelación de sentencias judiciales y sanciones administrativas en contra del HUS a razón de exceder los tiempos legalmente establecidos y falta de adherencia a los procedimientos institucionales.	Cumple	No aplica	Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por pago de intereses moratorios en la cancelación de sentencias judiciales y sanciones administrativas en contra del HUS a razón de exceder los tiempos legalmente establecidos y falta de adherencia a los procedimientos institucionales.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GJ24088				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5552412	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realiza el seguimiento al cumplimiento de los términos establecidos dejando registro a través de la base de datos de procesos judiciales.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), el control no establece periodicidad del seguimiento, lo cual limita la trazabilidad temporal.	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realiza el seguimiento mensual al cumplimiento de los términos establecidos, dejando registro en la base de datos de procesos judiciales como medio de verificación documentada.
5562412	La persona designada del área financiera verifica al momento de la expedición del CDP que no se estén cancelando intereses moratorios	No cumple	De acuerdo con la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), el control cumple parcialmente porque no especifica medio de verificación documentada que evidencie el control, ni la periodicidad de revisión.	El jefe o coordinador del área respectiva verifica que La persona designada del área financiera verifique, para cada CDP expedido, que no se estén cancelando intereses moratorios, dejando registro en el formato o base de datos de control financiero como medio de verificación documentada.

Análisis en Almera del Riesgo GJ24088:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

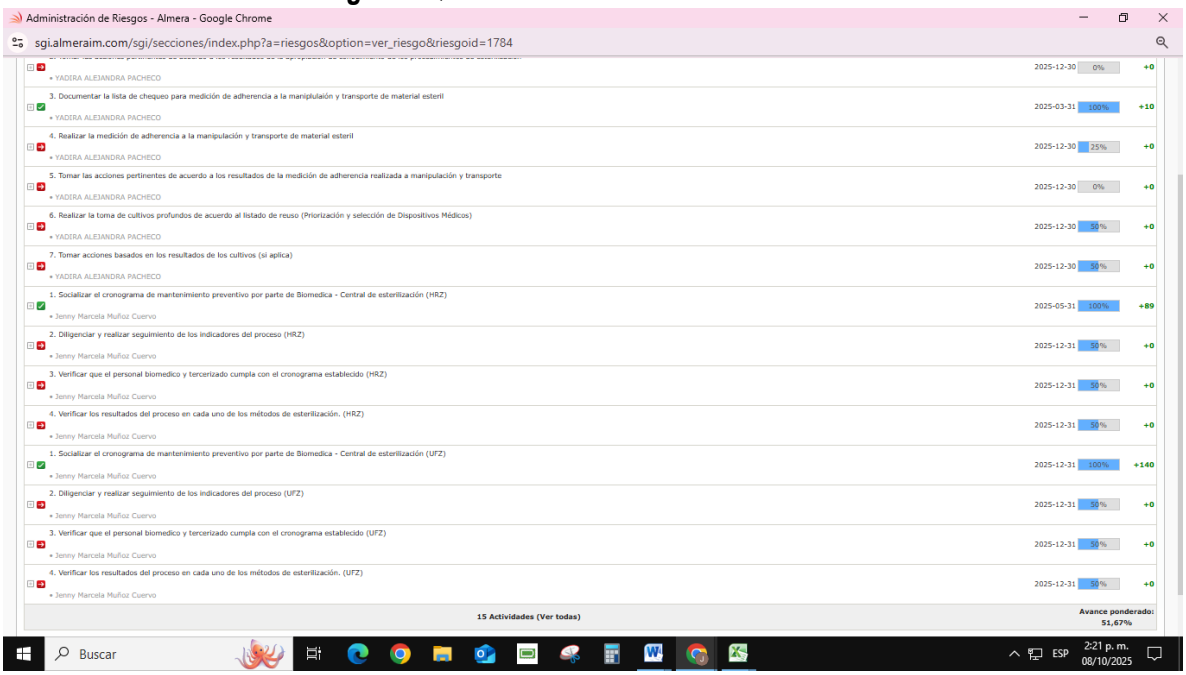
Análisis: Para el riesgo con código **GJ24088**, se definieron dos (2) actividades. Ambas registran un avance del 50% y se encuentran vigentes, con fecha de finalización al 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **50%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio, evidenciando que las acciones se encuentran en ejecución. Se sugiere fortalecer el seguimiento a la implementación de las actividades, con el fin de garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos y asegurar una gestión oportuna frente a los términos judiciales relacionados con el pago de sentencias.

1.8.13. Gestión Servicios Quirúrgicos

GESTIÓN SERVICIOS QUIRÚRGICOS RIESGO GSQ22025					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSQ22025	Atención al Paciente Quirúrgico	Posibilidad de la afectación económica y reputacional por fallas en la calidad, oportunidad y seguridad del proceso de esterilización, debido a incumplimiento de los Procedimientos de esterilización, deficiencias en el funcionamiento de equipos y falta de insumos esenciales para la limpieza , desinfección y esterilización de materiales.	Cumple	No aplica	Posibilidad de la afectación económica y reputacional por fallas en la calidad, oportunidad y seguridad del proceso de esterilización, debido a incumplimiento de los Procedimientos de esterilización, deficiencias en el funcionamiento de equipos y falta de insumos esenciales para la limpieza , desinfección y esterilización de materiales.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSQ22025				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3102209	La líder del Servicio de esterilización capacita de manera semestral al interior del servicio en los procedimientos de esterilización de vapor, peróxido de hidrogeno y oxido de etileno, a través de los espacios definidos para esto.	Cumple	No aplica	La líder del Servicio de esterilización capacita de manera semestral al interior del servicio en los procedimientos de esterilización de vapor, peróxido de hidrogeno y oxido de etileno, a través de los espacios definidos para esto.
3982310	La líder del Servicio de esterilización verifica la realización del mantenimiento y calibración de los equipos por el área de Gestión de la tecnología biomédica e infraestructura, a través del informe emitido por el área correspondiente	Cumple	No aplica	La líder del Servicio de esterilización verifica la realización del mantenimiento y calibración de los equipos por el área de Gestión de la tecnología biomédica e infraestructura, a través del informe emitido por el área correspondiente
3992310	La líder del Servicio de esterilización verifica y solicita existencias de insumos para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales, a través del pedido semanal enviado al área de almacén.	Cumple	No aplica	La líder del Servicio de esterilización verifica y solicita existencias de insumos para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales, a través del pedido semanal enviado al área de almacén.

Análisis en Almera del Riesgo GSQ22025:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

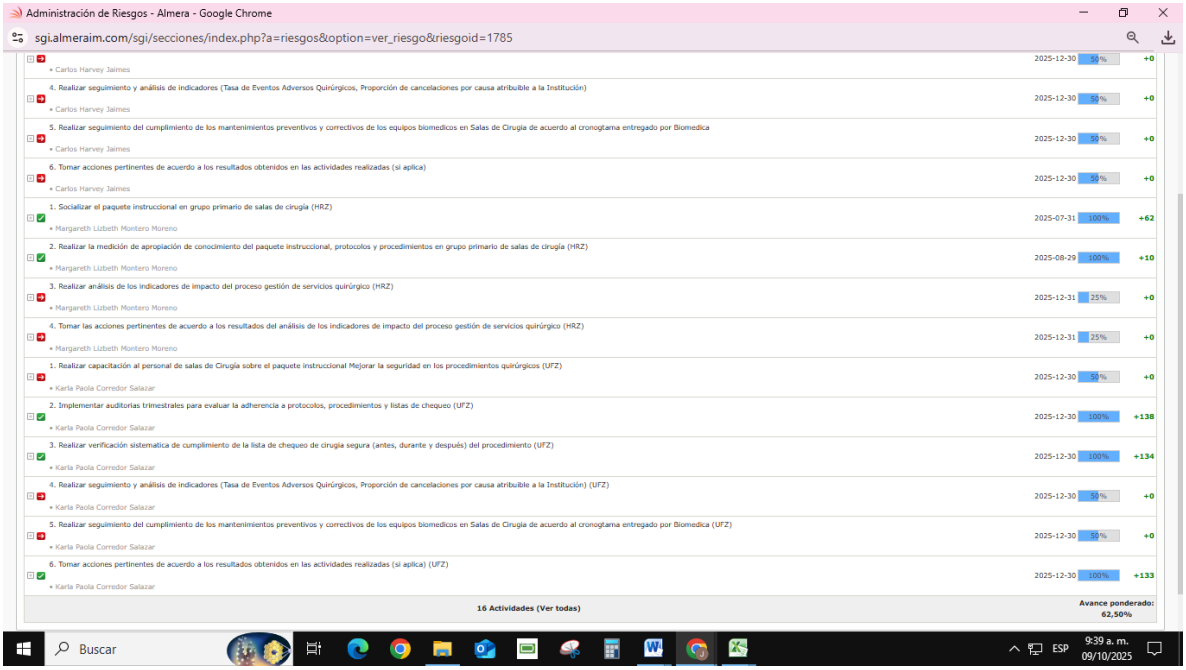
Análisis: Para el riesgo con código **GSQ22025**, se definieron quince (15) actividades en el plan de acción. De estas, tres (3) registran un avance del 100%. Nueve (9) actividades presentan un avance del 50%, una (1) actividad alcanza el 25% de progreso y dos (2) actividades no registran avance (0%). Todas las actividades se encuentran vigentes, con fechas de finalización entre el 31 de marzo y el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **51,67%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio, evidenciando avances parciales en la ejecución de las acciones planificadas. Se observa una gestión activa en la documentación, medición de indicadores y cumplimiento de cronogramas de mantenimiento, sin embargo, persisten retrasos en las ejecuciones de las acciones correctivas y de seguimiento derivadas de los resultados obtenidos.

GESTIÓN SERVICIOS QUIRÚRGICOS RIESGO GSQ22033					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSQ22033	Atención al Paciente Quirúrgico	Posibilidad de afectación económica, reputacional y asistencial por fallas en la calidad, oportunidad y seguridad de la atención integral del paciente quirúrgico, debido a deficiencias en la programación de cirugías, falta de adherencia a procedimientos, protocolos institucionales y paquete instruccional Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y deficiencias en el funcionamientos de equipos biomédicos	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica, reputacional y asistencial por fallas en la calidad, oportunidad y seguridad de la atención integral del paciente quirúrgico, debido a deficiencias en la programación de cirugías, falta de adherencia a procedimientos, protocolos institucionales y paquete instruccional Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y deficiencias en el funcionamientos de equipos biomédicos

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSQ22033				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2532209	El líder de la Unidad Quirúrgica o a quien delegue verifica el cumplimiento de procedimiento de Cirugía electiva a través de la lista de chequeo de programación quirúrgica validando la existencia de los insumos y medicamentos necesarios para realizar el procedimiento evaluado, los procedimientos son programados de acuerdo a la información recolectada	Cumple	No aplica	El líder de la Unidad Quirúrgica o a quien delegue verifica el cumplimiento de procedimiento de Cirugía electiva a través de la lista de chequeo de programación quirúrgica validando la existencia de los insumos y medicamentos necesarios para realizar el procedimiento evaluado, los procedimientos son programados de acuerdo a la información recolectada
2552209	El líder de la Unidad Quirúrgica verifica el cumplimiento de los indicadores alineados a la meta internacional enfocados a Cirugía Segura, generando el informe de análisis trimestral correspondiente	Cumple	No aplica	El líder de la Unidad Quirúrgica verifica el cumplimiento de los indicadores alineados a la meta internacional enfocados a Cirugía Segura, generando el informe de análisis trimestral correspondiente
5602503	El líder de la Unidad Quirúrgica verifica el cumplimiento del cronograma establecido desde	Cumple	No aplica	El líder de la Unidad Quirúrgica verifica el cumplimiento del cronograma establecido desde

	Ingeniería Biomédica, validando el soporte de resultado del mantenimiento preventivo y/o correctivo, dejando el soporte magnético recibido.			Ingeniería Biomédica, validando el soporte de resultado del mantenimiento preventivo y/o correctivo, dejando el soporte magnético recibido.

Análisis en Almera del Riesgo GSQ22033:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GSQ22033**, se definieron dieciséis (16) actividades en el plan de acción. De estas, cinco (5) registran un avance del 100%, nueve (9) presentan un avance del 50% y dos (2) alcanzan el 25% de progreso. Todas las actividades se encuentran vigentes, con fechas de finalización entre el 31 de julio y el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **62,50%**, lo que evidencia un nivel de cumplimiento medio-alto, con avances en capacitación y auditorías internas, aunque aún se requiere fortalecer el seguimiento de indicadores y la ejecución de acciones derivadas de los resultados.

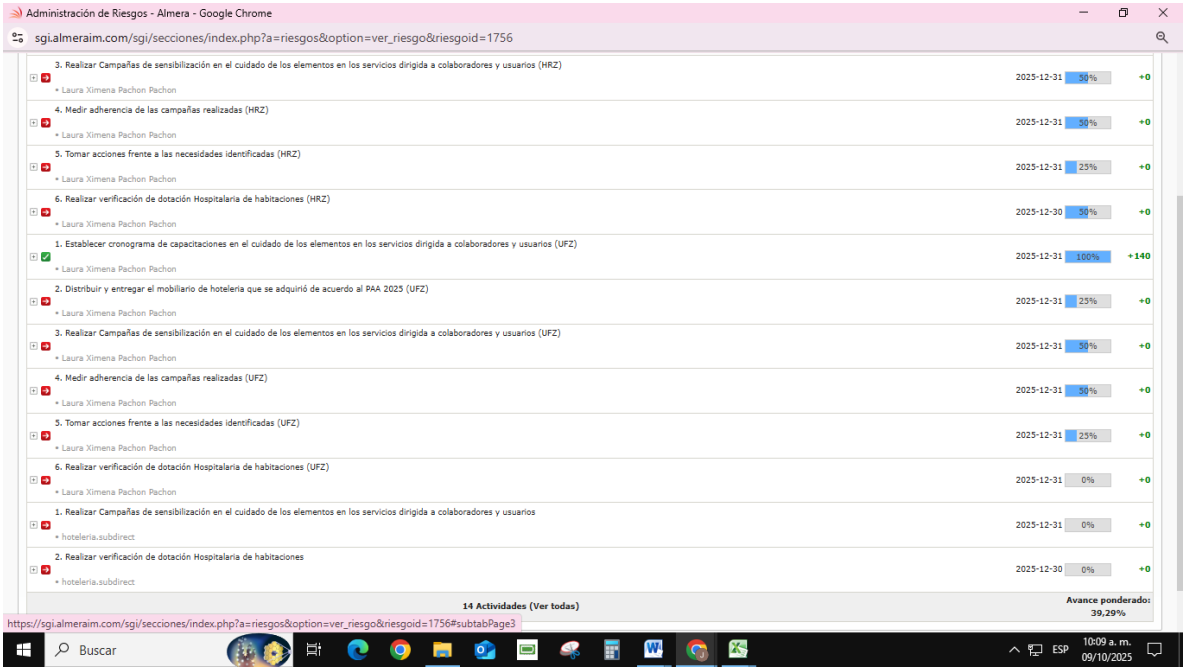
1.8.14. Gestión de Hotelería Hospitalaria

GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA RIESGO GHH22021					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GHH22021	Gestión de Hotelería Hospitalaria	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional porque la dotación hotelera hospitalaria para usuarios y colaboradores no sea suficiente y adecuada, debido a Omisión de inclusión de necesidades para la vigencia, uso inadecuado de los elementos de dotación de hotelería, falta oportunidad de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de hotelería.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional porque la dotación hotelera hospitalaria para usuarios y colaboradores no sea suficiente y adecuada, debido a Omisión de inclusión de necesidades para la vigencia, uso inadecuado de los elementos de dotación de hotelería, falta oportunidad de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de hotelería.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GHH22021				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0432203	La líder del Proceso de Hotelería Hospitalaria realiza el diagnostico de necesidades de dotación de Hotelería y valida las que se deben priorizar para dar respuesta en la Institución plasmándolo en el Plan de adquisiciones de Hotelería Hospitalaria.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), el control cumple parcialmente porque define responsable (líder del proceso) y una descripción clara, pero no establece periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad del seguimiento.	La líder del Proceso de Hotelería Hospitalaria realiza el diagnóstico de necesidades de dotación de Hotelería y valida las que se deben priorizar para dar respuesta en la Institución, plasmándolo en el Plan de Adquisiciones de Hotelería Hospitalaria. Periodicidad: anual (previo a la elaboración del plan de adquisiciones institucional). Medio de verificación documentada: plan de adquisiciones institucional y soportes del diagnóstico de necesidades. Evidencia: registros y actas del proceso de validación.
0442203	Los técnicos de Hotelería realizan de manera diaria un recorrido para validar y revisar lo relacionado con la prestación del servicio de hotelería hospitalaria y verifican las actividades de aseo, dejando registro de los hallazgos a través del formato de revisión establecido para tal fin y solicitan	Cumple	No aplica	Los técnicos de Hotelería realizan de manera diaria un recorrido para validar y revisar lo relacionado con la prestación del servicio de hotelería hospitalaria y verifican las actividades de aseo, dejando registro de los hallazgos a través del formato de revisión establecido para tal fin y solicitan la intervención pertinente

	la intervención pertinente			
4742403	El técnico de Hotelería realiza la solicitud de mantenimiento correctivo a través de la mesa de ayuda dejando registro en la incidencia documentada	Cumple	No aplica	El técnico de Hotelería realiza la solicitud de mantenimiento correctivo a través de la mesa de ayuda dejando registro en la incidencia documentada

Análisis en Almera del Riesgo GHH22021:



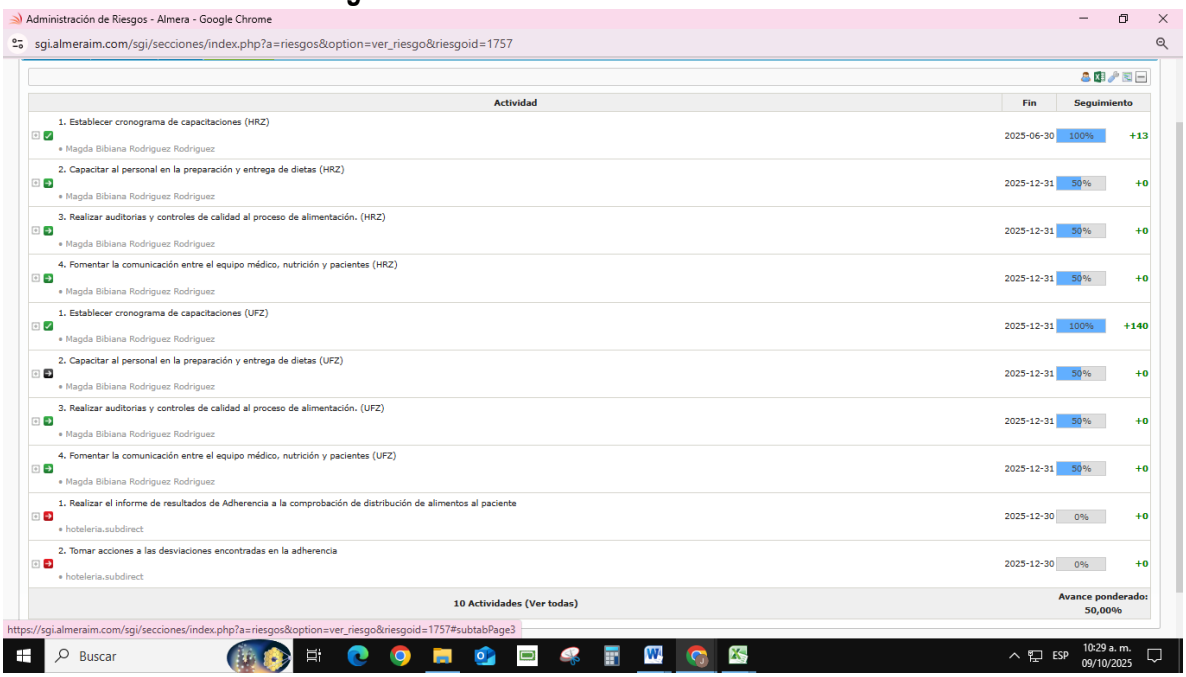
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GHH22021**, se establecieron catorce (14) actividades. De estas, dos (2) registran un avance del 100%, ocho (8) presentan avances entre el 25% y el 50%, y cuatro (4) no registran progreso (0%). Todas las actividades se encuentran vigentes, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **39,29%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio-bajo. Se evidencian avances en la planificación de capacitaciones y campañas de sensibilización, y se sugiere fortalecer el seguimiento a la entrega del mobiliario y la verificación de dotación hospitalaria para asegurar el cumplimiento del plan.

GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA RIESGO GHH22022					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GHH22022	Gestión de Hotelería Hospitalaria	Posibilidad de fallas en la entrega de dietas al paciente, debido a inconsistencias, causadas por la falta de adherencia a los procedimientos y/ o a las actividades inherentes a la entrega de los alimentos a los pacientes y debilidades en la capacitación del personal.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), el riesgo no menicona el impacto o consecuencia institucional del evento de riesgo, lo que limita la comprensión de su efecto en los objetivos misionales.	Posibilidad de afectación asistencial, reputacional y económica por fallas en la entrega de dietas al paciente, debido a inconsistencias causadas por la falta de adherencia a los procedimientos y/o a las actividades inherentes a la entrega de los alimentos a los pacientes, y debilidades en la capacitación del personal.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GHH22022				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0462203	La líder del proceso y la líder del proyecto de nutrición evalúan mensualmente la adherencia a los procedimientos a través de las listas de chequeo que contienen las actividades a cumplir dependiendo de la etapa del proceso y con los resultados obtenidos toman las acciones pertinentes	Cumple	No aplica	La líder del proceso y la líder del proyecto de nutrición evalúan mensualmente la adherencia a los procedimientos a través de las listas de chequeo que contienen las actividades a cumplir dependiendo de la etapa del proceso y con los resultados obtenidos toman las acciones pertinentes
0472203	La líder del proceso y la líder del proyecto de nutrición determinan al inicio de la vigencia según procedimiento del PIC articulado con talento Humano las necesidades de capacitación, documentándolas en el cronograma priorizado y desarrollan las mismas cubriendo las etapas correspondientes desde la prescripción de dietas hasta su entrega al paciente.	Cumple	No aplica	La líder del proceso y la líder del proyecto de nutrición determinan al inicio de la vigencia según procedimiento del PIC articulado con talento Humano las necesidades de capacitación, documentándolas en el cronograma priorizado y desarrollan las mismas cubriendo las etapas correspondientes desde la prescripción de dietas hasta su entrega al paciente.

Análisis en Almera del Riesgo GHH22022:



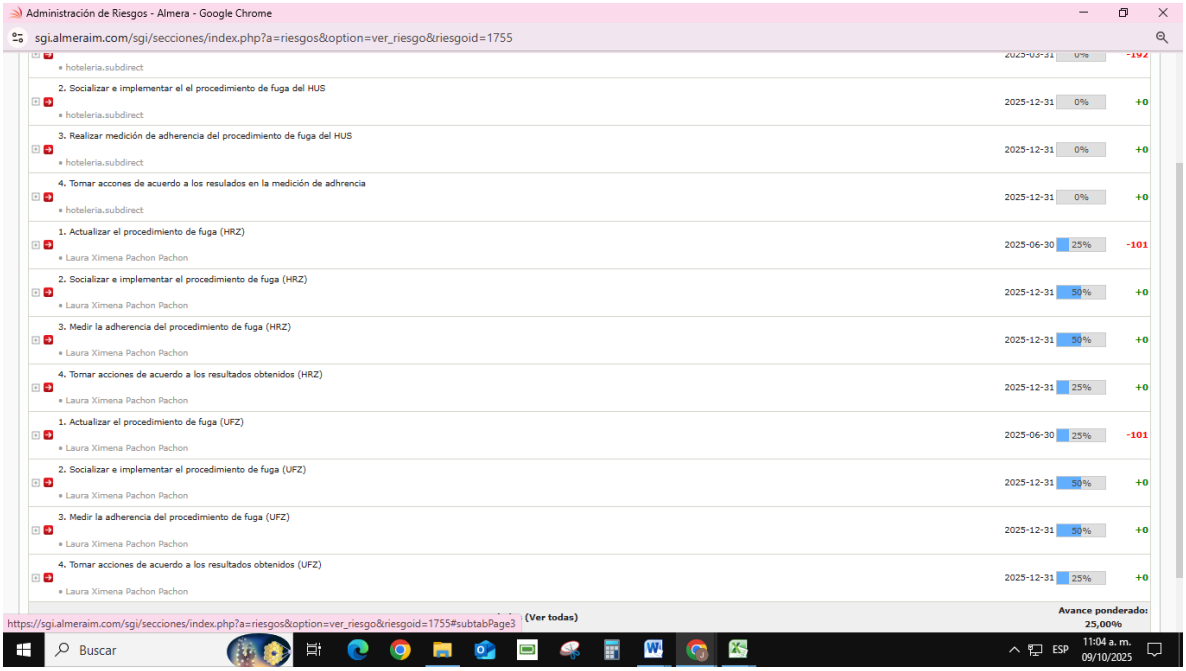
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GHH22022**, se establecieron catorce (14) actividades. De estas, dos (2) registran un avance del 100%, ocho (8) presentan avances entre el 25% y el 50%, y cuatro (4) no registran progreso (0%). Todas las actividades se encuentran vigentes, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **39,29%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio-bajo. Se evidencian avances en la planificación de capacitaciones y campañas de sensibilización, y se sugiere fortalecer el seguimiento a la entrega del mobiliario y la verificación de dotación hospitalaria para asegurar el cumplimiento del plan.

GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA RIESGO GHH22032					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GHH22032	Gestión de Hotelería Hospitalaria	Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por perdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por perdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GHH22032				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0742205	EL guarda de vigilancia de turno realiza la verificación al 100% de la salida de los pacientes y su familia	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no define periodicidad ni medio de verificación documentada que evidencie el registro del control de salidas. Esto limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El guarda de vigilancia de turno realiza la verificación al 100% de la salida de los pacientes y su familia, dejando registro en el formato o bitácora diaria de control de salidas, como medio de verificación documentada.
0752205	Una vez enfermería reporta a vigilancia la identificación de un paciente con riesgo de fuga, se realiza seguimiento permanente al paciente por parte de vigilancia.	No Cumple	Aunque define responsable y describe claramente la acción, no especifica medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento realizado al paciente identificado.	Una vez enfermería reporta a vigilancia la identificación de un paciente con riesgo de fuga, se realiza seguimiento permanente al paciente por parte de vigilancia, dejando registro en la bitácora de seguridad o reporte de turno, como medio de verificación documentada.
0762205	Desde enfermería realizan la identificación del paciente con riesgo de fuga para poder notificar a vigilancia	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no menciona periodicidad ni medio de verificación documentada del reporte o notificación, lo cual impide evidenciar la trazabilidad del control.	Desde enfermería realizan la identificación del paciente con riesgo de fuga para notificar a vigilancia, registrando el evento en la historia clínica o formato de reporte de seguridad del paciente, como medio de verificación documentada.

Análisis en Almera del Riesgo GHH22032:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GHH22032**, se establecieron doce (12) actividades. Seis (6) presentan avances entre el 25% y el 50%, mientras que las seis (6) restantes no registran progreso (0%). Dos actividades evidencian retraso en su ejecución y una (1) actividad se encuentra vencida (2025-03-31). El avance ponderado general es del **25,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento bajo. Se requiere fortalecer la ejecución de las actividades pendientes para garantizar la implementación completa y oportuna del procedimiento institucional.

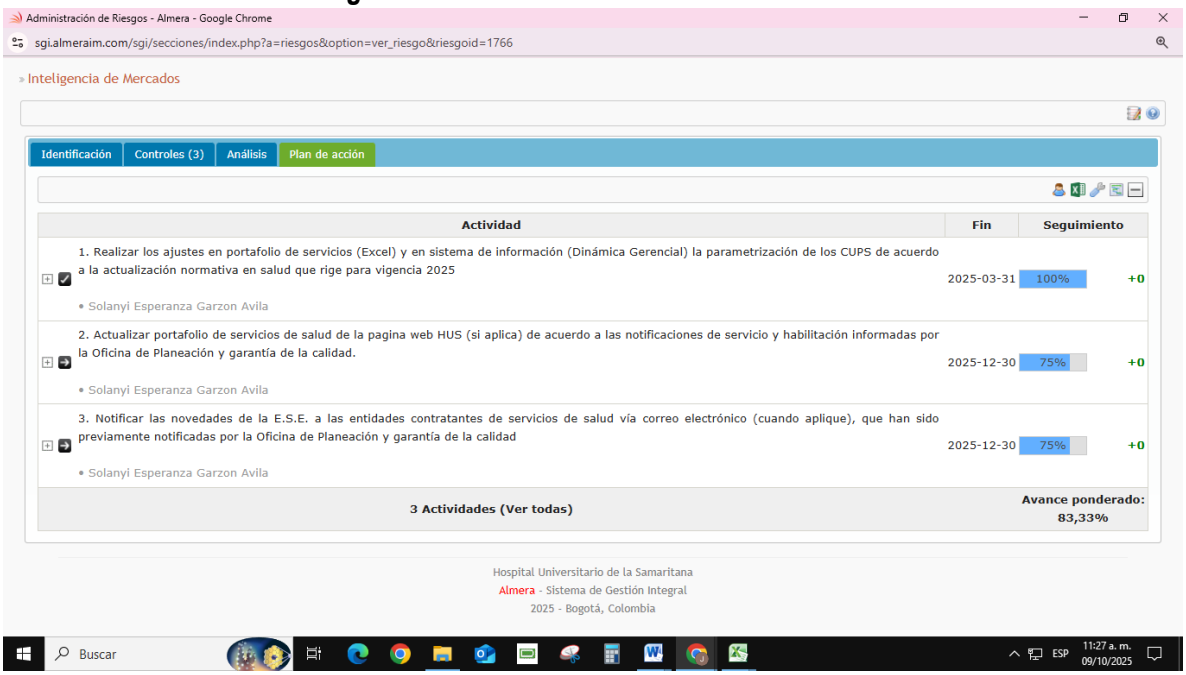
1.8.15. Inteligencia de Mercados

INTELIGENCIA DE MERCADOS RIESGO IM23066					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IM23066	Inteligencia de Mercados	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por no contar con el portafolio de servicios en salud actualizado frente a la normatividad vigente al momento de contratar con las diferentes EPS, debido a la falta de ajustes y/o actualización de los códigos Únicos de procedimientos en salud (CUPS) acordes a los cambios normativos en cada vigencia, falta de ajustes y/o actualización de servicios frente a las notificaciones de servicio y habilitación de los mismos e inoportunidad en la socialización a las entidades contratantes (ERP) frente a las novedades de los servicios.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por no contar con el portafolio de servicios en salud actualizado frente a la normatividad vigente al momento de contratar con las diferentes EPS, debido a la falta de ajustes y/o actualización de los códigos Únicos de procedimientos en salud (CUPS) acordes a los cambios normativos en cada vigencia, falta de ajustes y/o actualización de servicios frente a las notificaciones de servicio y habilitación de los mismos e inoportunidad en la socialización a las entidades contratantes (ERP) frente a las novedades de los servicios.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IM23066				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3642309	El profesional de mercadeo a principio de vigencia verifica la resolución actualizada y valida los nuevos Códigos Únicos de Prestación de Servicios en Salud CUPS y sus respectivos homólogos, información que entrega al encargado de la parametrización, para que se realicen los ajustes pertinentes dentro del sistema de información Dinámica Gerencial módulo de contratos.	Cumple	No aplica	El profesional de mercadeo a principio de vigencia verifica la resolución actualizada y valida los nuevos Códigos Únicos de Prestación de Servicios en Salud CUPS y sus respectivos homólogos, información que entrega al encargado de la parametrización, para que se realicen los ajustes pertinentes dentro del sistema de información Dinámica Gerencial modulo de contratos.

4512402	El profesional del proceso de Inteligencia de Mercados realizará los ajustes pertinentes al portafolio según notificaciones de servicio y habilitación de los mismos informados por la Oficina de Planeación y garantía de la calidad.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no establece periodicidad ni medio de verificación documentada de los ajustes realizados. Esto limita la trazabilidad del seguimiento.	El profesional del proceso de Inteligencia de Mercados realizará los ajustes pertinentes al portafolio según notificaciones de servicio y habilitación de los mismos informados por la Oficina de Planeación y garantía de la calidad, registrando dichos ajustes en el acta o reporte de actualización del portafolio, como medio de verificación documentada, con periodicidad semestral o cuando se generen novedades.
4522402	El profesional y/o técnico del área de Mercadeo y contratación de servicios de salud responsable de la entidad contratante (ERP) socializa vía correo electrónico las novedades en su portafolio de servicios de salud.	No Cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no menciona periodicidad ni evidencia formal de socialización archivada.	El profesional y/o técnico del área de Mercadeo y contratación de servicios de salud responsable de la entidad contratante (ERP) socializa vía correo electrónico las novedades en su portafolio de servicios de salud, conservando el correo enviado o acta de socialización como medio de verificación documentada, con periodicidad semestral o cuando se presenten actualizaciones del portafolio.

Análisis en Almera del Riesgo IM23066:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **IM23066**, se establecieron tres (3) actividades. De estas, una (1) registra un avance del 100% y dos (2) presentan un avance del 75%. Todas las actividades se

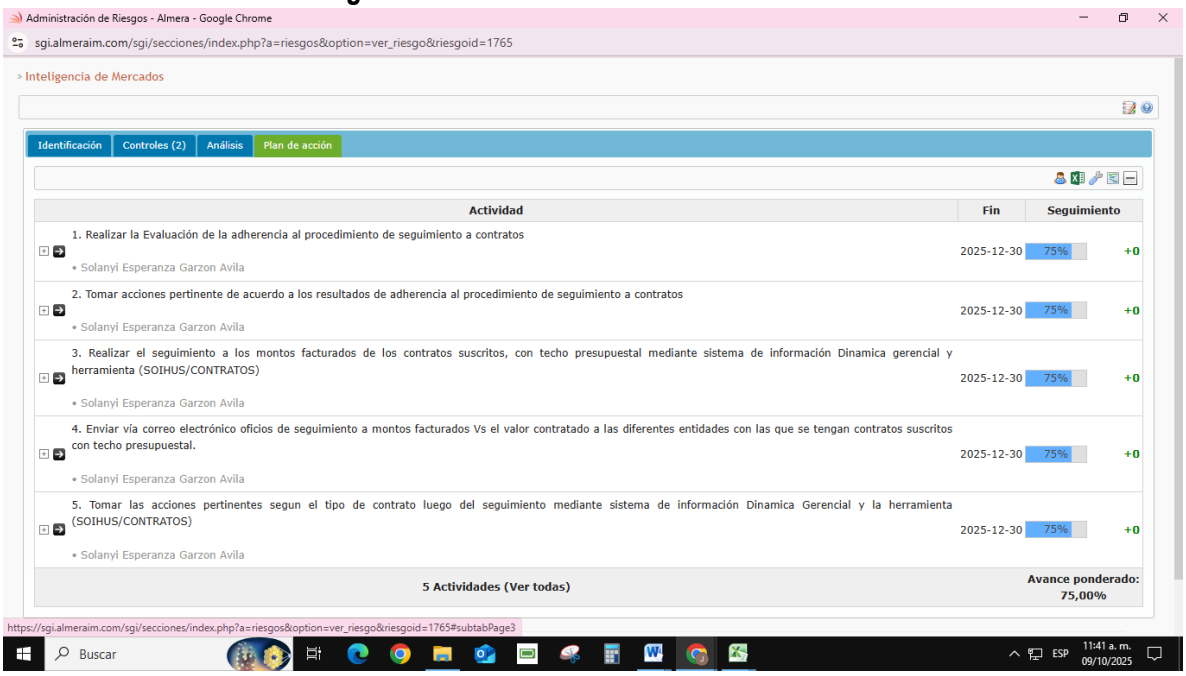
encuentran vigentes, con fechas de finalización entre el 31 de marzo y el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del 83,33%, lo que refleja un nivel de cumplimiento alto.

INTELIGENCIA DE MERCADOS RIESGO IM23069					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IM23069	Inteligencia de Mercados	Posibilidad de afectación económica por sanción de ente regulador por la sobre ejecución de contratos suscritos con presupuesto determinado, debido a no adherencia al procedimiento de seguimiento a contratos suscritos con techo presupuestal e inoportunidad en la solicitud de adición de recursos por parte del responsable del seguimiento del contrato de servicios de salud.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica por sanción de ente regulador por la sobre ejecución de contratos suscritos con presupuesto determinado, debido a no adherencia al procedimiento de seguimiento a contratos suscritos con techo presupuestal e inoportunidad en la solicitud de adición de recursos por parte del responsable del seguimiento del contrato de servicios de salud.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IM23069				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4232310	El Subdirector (a) de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud realiza cuando ingrese un nuevo colaborador o semestral al grupo existente, capacitación del procedimiento de Seguimiento a contratos de servicios de salud como entidad contratista, con énfasis en las actividades propuestas para los contratos suscritos con techo presupuestal.	Cumple	No aplica	El Subdirector (a) de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud realiza cuando ingrese un nuevo colaborador o semestral al grupo existente, capacitación del procedimiento de Seguimiento a contratos de servicios de salud como entidad contratista, con énfasis en las actividades propuestas para los contratos suscritos con techo presupuestal.
4242310	El Subdirector (a), profesional y/o técnico de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud realiza de manera semanal o a necesidad según porcentaje de ejecución la	Cumple	No aplica	El Subdirector (a), profesional y/o técnico de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud realiza de manera semanal o a necesidad según porcentaje de ejecución la verificación

	verificación presupuestal de los contratos suscritos con techo presupuestal mediante aplicativo SOIHUS/CONTRATOS y de acuerdo a resultados verifica la solicitud oportuna de adición de recursos por parte del responsable del seguimiento del contrato.			presupuestal de los contratos suscritos con techo presupuestal mediante aplicativo SOIHUS/CONTRATOS y de acuerdo a resultados verifica la solicitud oportuna de adición de recursos por parte del responsable del seguimiento del contrato.

Análisis en Almera del Riesgo IM23069:



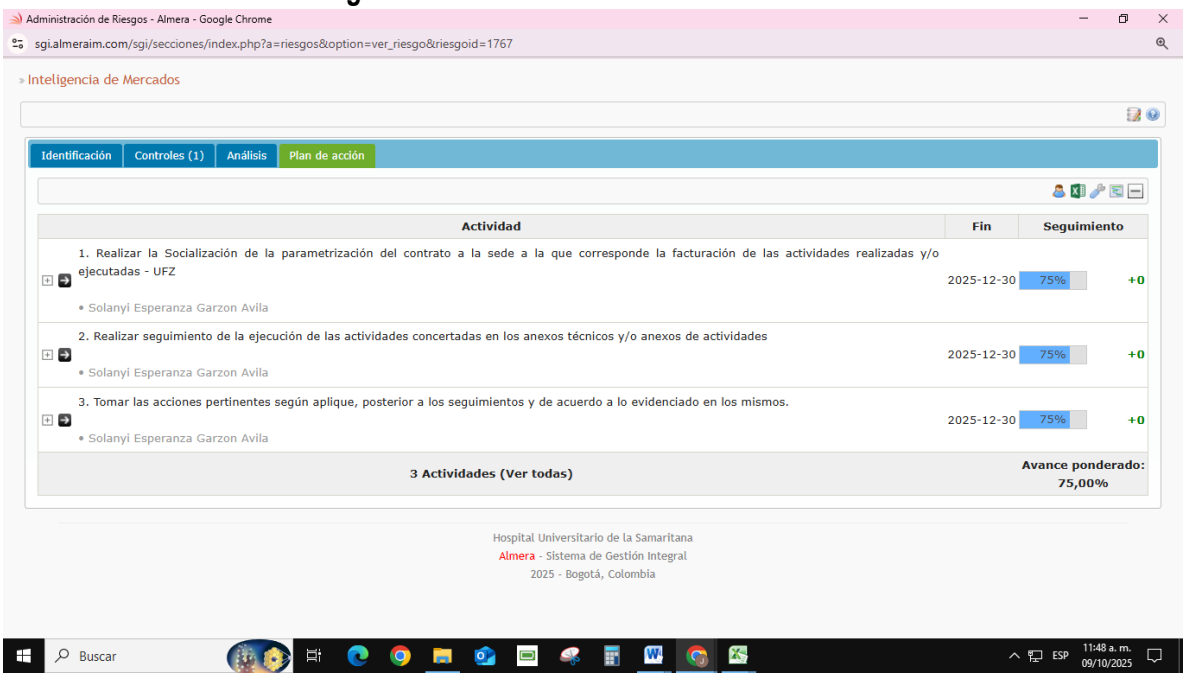
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **IM23069**, se establecieron cinco (5) actividades. Todas presentan un avance del 75% y se encuentran vigentes, con fecha de finalización el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **75,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento alto. Se evidencia progreso constante en la evaluación de la adherencia al procedimiento de seguimiento a contratos y en la ejecución de acciones de control sobre los montos facturados, lo que contribuye a una gestión contractual más oportuna y eficiente.

INTELIGENCIA DE MERCADOS RIESGO IM24072					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
IM24072	Inteligencia de Mercados	Posibilidad de afectación económica o reputacional por no establecer las características mínimas de acuerdo a la modalidad de contratación (Evento) en los contratos de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), debido a la no identificación de las actividades para las acciones en salud individuales y colectivas.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica o reputacional por no establecer las características mínimas de acuerdo a la modalidad de contratación (Evento) en los contratos de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), debido a la no identificación de las actividades para las acciones en salud individuales y colectivas.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO IM24072				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4532402	El encargado de la entidad revisa e identifica las inclusiones y exclusiones de las actividades para las acciones en salud individuales y colectivas a través del anexo técnico cumpliendo con los lineamientos dados por la Secretaria de Salud de Cundinamarca a los Municipios.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no define periodicidad ni medio de verificación documentada que evidencie la revisión del anexo técnico. Esto limita la trazabilidad del seguimiento y la evidencia del cumplimiento del control.	El encargado de la entidad revisa e identifica trimestralmente las inclusiones y exclusiones de las actividades para las acciones en salud individuales y colectivas a través del anexo técnico, cumpliendo con los lineamientos dados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca a los Municipios, dejando registro del análisis en acta o informe de revisión como medio de verificación documentada.

Análisis en Almera del Riesgo IM24072:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **IM24072**, se establecieron tres (3) actividades. Todas presentan un avance del 75% y se encuentran vigentes, con fecha de finalización el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **75,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento alto. Se evidencia avance sostenido en la socialización de la parametrización contractual, el seguimiento a la ejecución de las actividades concertadas y la toma de acciones derivadas, contribuyendo al fortalecimiento del control y trazabilidad de los compromisos contractuales.

1.8.16. Gestión de Servicios Ambulatorios

GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS RIESGO GSA22020					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSA22020	Gestión de Servicios Ambulatorios	Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de Consulta Externa debido a cancelación o no atención por causa Institucional, falta de oportunidad,falta de adherencia a procedimientos y protocolos y demanda insatisfecha.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de Consulta Externa debido a cancelación o no atención por causa Institucional, falta de oportunidad,falta de adherencia a procedimientos y protocolos y demanda insatisfecha.

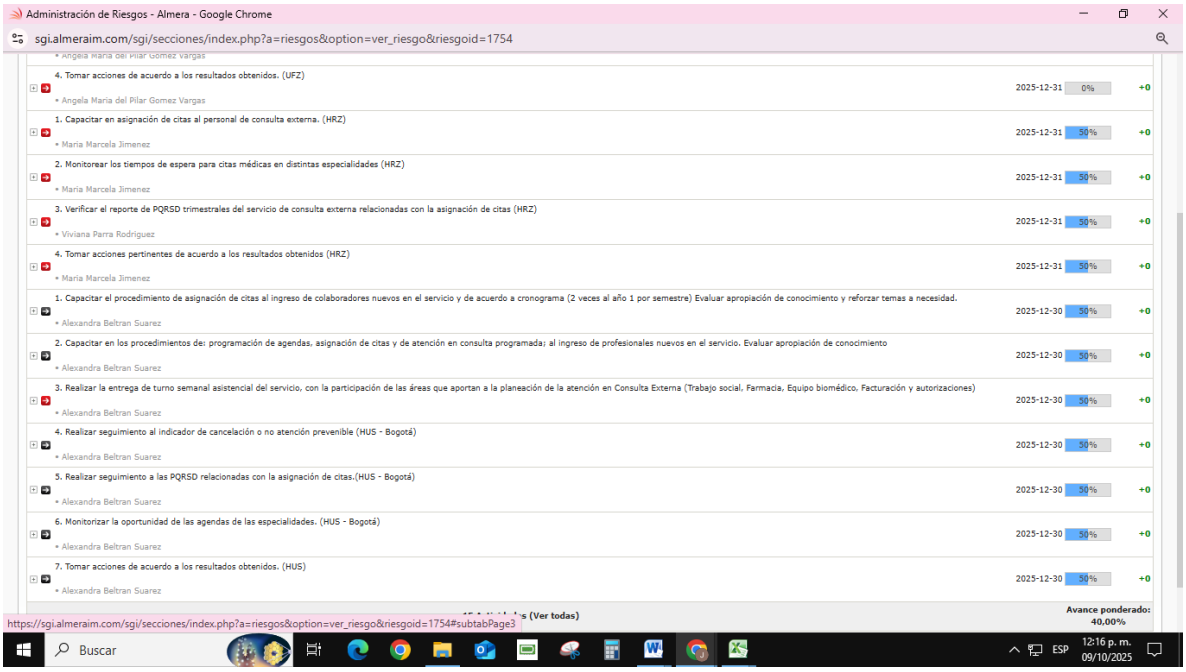
EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSA22020				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
0392203	La Subdirectora de Consulta Externa realiza capacitación del procedimiento de asignación de citas, y de atención en consulta programada al ingreso de colaboradores nuevos en el servicio (Facturadores, Central de citas y administrativos que asignen citas), de acuerdo a cronograma establecido para evaluar apropiación de conocimiento y reforzar temas a necesidad.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no define periodicidad concreta (solo “de acuerdo a cronograma”) ni medio de verificación documentada (no indica cómo se evidencia la capacitación).	La Subdirectora de Consulta Externa realiza capacitación del procedimiento de asignación de citas y de atención en consulta programada al ingreso de colaboradores nuevos en el servicio (Facturadores, Central de citas y administrativos que asignen citas), dejando registro de asistencia o acta de capacitación como medio de verificación documentada, de acuerdo al cronograma establecido.
0402203	La Subdirectora de Consulta Externa realiza capacitación del procedimiento de programación de agenda, asignación de citas y de atención en consulta programada, al ingreso de colaboradores nuevos en el servicio (Especialistas, Residentes, Internos, Auxiliares de Enfermería y profesionales que tiene agenda) evaluando apropiación de conocimientos.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no define periodicidad concreta (solo “de acuerdo a cronograma”) ni medio de verificación documentada (no indica cómo se evidencia la capacitación).	La Subdirectora de Consulta Externa realiza capacitación del procedimiento de programación de agenda, asignación de citas y de atención en consulta programada, al ingreso de colaboradores nuevos en el servicio (Especialistas, Residentes, Internos, Auxiliares de Enfermería y profesionales que tienen agenda), evaluando apropiación de conocimientos. Dejando registro de asistencia o acta de capacitación

				como medio de verificación documentada.
0412203	Se lleva a cabo entrega de turno semanal asistencial – administrativa, liderada por Subdirectora, o por la Enfermera, o por la Secretaria o por la Trabajadora de la Consulta Externa con el objetivo de generar un proceso de mejoramiento continuo en la gestión clínica y administrativa del servicio de Consulta Externa, como resultado del análisis de novedades asistenciales y administrativas, reportadas en el día a día que afectan la atención (cancelación o no atención) y/o derivadas de la atención brindada al paciente y su familia, en donde participan las diferentes áreas como Farmacia, Equipo biomédico, Facturación y autorizaciones, y se registra el formato de acta de entrega de turno en cada uno de los temas, para realizar seguimiento. Se envía correo adjuntando acta de la entrega de turno a las áreas y Direcciones, haciendo énfasis en faltantes en el servicio, para conocimiento, trazabilidad y gestión dependiendo del caso.	Cumple	No aplica	Se lleva a cabo entrega de turno semanal asistencial – administrativa, liderada por Subdirectora, o por la Enfermera, o por la Secretaria o por la Trabajadora de la Consulta Externa con el objetivo de generar un proceso de mejoramiento continuo en la gestión clínica y administrativa del servicio de Consulta Externa, como resultado del análisis de novedades asistenciales y administrativas, reportadas en el día a día que afectan la atención (cancelación o no atención) y/o derivadas de la atención brindada al paciente y su familia, en donde participan las diferentes áreas como Farmacia, Equipo biomédico, Facturación y autorizaciones, y se registra el formato de acta de entrega de turno en cada uno de los temas, para realizar seguimiento. Se envía correo adjuntando acta de la entrega de turno a las áreas y Direcciones, haciendo énfasis en faltantes en el servicio, para conocimiento, trazabilidad y gestión dependiendo del caso.
0422203	Desde la Subdirección de Consulta Externa se establece el responsable para contactar los pacientes cuando se presenta una novedad de agenda (por el profesional o dependiendo de la novedad), en donde se requiere reubicar las citas, dejando registro del contacto con el paciente, la información suministrada y la nueva fecha de atención asignada, de acuerdo al procedimiento de programación de agendas. Lo anterior con el fin de previamente contactar a los pacientes y evitar una cancelación o no atención institucional.	Cumple	No aplica	Desde la Subdirección de Consulta Externa se establece el responsable para contactar los pacientes cuando se presenta una novedad de agenda (por el profesional o dependiendo de la novedad), en donde se requiere reubicar las citas, dejando registro del contacto con el paciente, la información suministrada y la nueva fecha de atención asignada, de acuerdo al procedimiento de programación de agendas. Lo anterior con el fin de previamente contactar a los pacientes y evitar una cancelación o no atención institucional.

1962208	El profesional que realiza la atención debe verificar la completitud de las órdenes generadas y el Auxiliar de Enfermería que apoya la consulta valida las mismas en la entrega de documentos a cada paciente que egresa de la consulta, diligenciando el formato establecido.	Cumple	No aplica	El profesional que realiza la atención debe verificar la completitud de las órdenes generadas y el Auxiliar de Enfermería que apoya la consulta valida las mismas en la entrega de documentos a cada paciente que egresa de la consulta, diligenciando el formato establecido.
1982208	La Técnica del servicio y la Central de citas informan a la Subdirectora de Consulta Externa, cuando la oportunidad se está desviando de acuerdo al indicador de cada especialidad. La Subdirectora gestiona inicialmente con el Especialista implicado para ampliación de agendas; de no obtener los resultados informa a la Dirección Científica para realizar la intervención teniendo en cuenta presupuesto y contrato.	Cumple	No aplica	La Técnica del servicio y la Central de citas informan a la Subdirectora de Consulta Externa, cuando la oportunidad se está desviando de acuerdo al indicador de cada especialidad. La Subdirectora gestiona inicialmente con el Especialista implicado para ampliación de agendas; de no obtener los resultados informa a la Dirección Científica para realizar la intervención teniendo en cuenta presupuesto y contrato.
2002208	Cuando se presentan NSP o PQR, desde la Subdirección de Consulta Externa se realiza la gestión necesaria de acuerdo al caso y directamente con la Especialidad para en conjunto implementar la acción correctiva o realizar ajustes o retroalimentación respectiva y finalmente emitiendo respuesta bien se NSP o PQR.	Cumple	No aplica	Cuando se presentan NSP o PQR, desde la Subdirección de Consulta Externa se realiza la gestión necesaria de acuerdo al caso y directamente con la Especialidad para en conjunto implementar la acción correctiva o realizar ajustes o retroalimentación respectiva y finalmente emitiendo respuesta bien se NSP o PQR.
2022208	La Subdirectora de Consulta Externa realiza medición y socialización del indicador de cancelación o no atención institucional, NSP (eventos e incidentes presentados en el servicio, informe derivado de seguridad paciente - Planeación) y PQR (informe de Defensoría del Usuario) en el equipo primario de mejoramiento, de manera mensual y/o trimestral de acuerdo al cronograma para concientizar en la toma de correctivos y aportar a la satisfacción del usuario en la atención del servicio de Consulta	Cumple	No aplica	La Subdirectora de Consulta Externa realiza medición y socialización del indicador de cancelación o no atención institucional, NSP (eventos e incidentes presentados en el servicio, informe derivado de seguridad paciente - Planeación) y PQR (informe de Defensoría del Usuario) en el equipo primario de mejoramiento, de manera mensual y/o trimestral de acuerdo al cronograma para concientizar en la toma de correctivos y aportar a la satisfacción del usuario en la atención del servicio de Consulta Externa. Adicionalmente se evalúa la necesidad de generar planes de

	Externa. Adicionalmente se evalúa la necesidad de generar planes de mejoramiento.			mejoramiento.

Análisis en Almera del Riesgo GSA22020:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GSA22020**, se establecieron quince (15) actividades. Del total, doce (12) presentan avance del 50%, mientras que tres (3) no registran progreso (0%). Todas se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **40,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio. Se requiere fortalecer la ejecución de las actividades pendientes para mejorar la oportunidad y eficiencia en el proceso de asignación de citas institucional.

1.8.17. Gestión Servicios de Urgencias

GESTIÓN SERVICIO DE URGENCIAS RIESGO GU22038					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GU22038	Gestión Servicio de Urgencias	Posibilidad de afectación económica y reputacional (Riesgo Clínico) por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de urgencias debido a inoportunidad durante la admisión administrativa, inadecuada Clasificación de triage, Inoportunidad en la atención de consulta de urgencias, falta de adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y reputacional (Riesgo Clínico) por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de urgencias debido a inoportunidad durante la admisión administrativa, inadecuada Clasificación de triage, Inoportunidad en la atención de consulta de urgencias, falta de adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GU22038				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4002310	La subdirectora de Urgencias realiza capacitación del procedimiento de triage y atención inicial de urgencias al personal de dimensiones del servicios de urgencias de acuerdo a cronograma establecido médico y profesional de enfermería de acuerdo a cronograma establecido para evaluar apropiación de conocimiento y reforzar temas a necesidad.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no define periodicidad concreta (solo “de acuerdo a cronograma”) ni medio de verificación documentada que evidencie la capacitación, lo que limita la trazabilidad.	La Subdirectora de Urgencias realiza capacitación del procedimiento de triage y atención inicial de urgencias al personal del servicio (médico y de enfermería), de acuerdo con cronograma establecido, dejando registro de asistencia o acta de capacitación como medio de verificación documentada.
4012310	La subdirectora de Urgencias realiza socialización de casos identificados excepcionales por inadecuada clasificación de triage en equipo primario mensual. para propender la mejora en la clasificación de triage.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19)No cumple porque no establece medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento	La Subdirectora de Urgencias realiza socialización de casos identificados excepcionales por inadecuada clasificación de triage en equipo primario mensual, para propender la mejora en la clasificación de triage. Dejando registro en acta o informe de socialización como medio de verificación documentada.

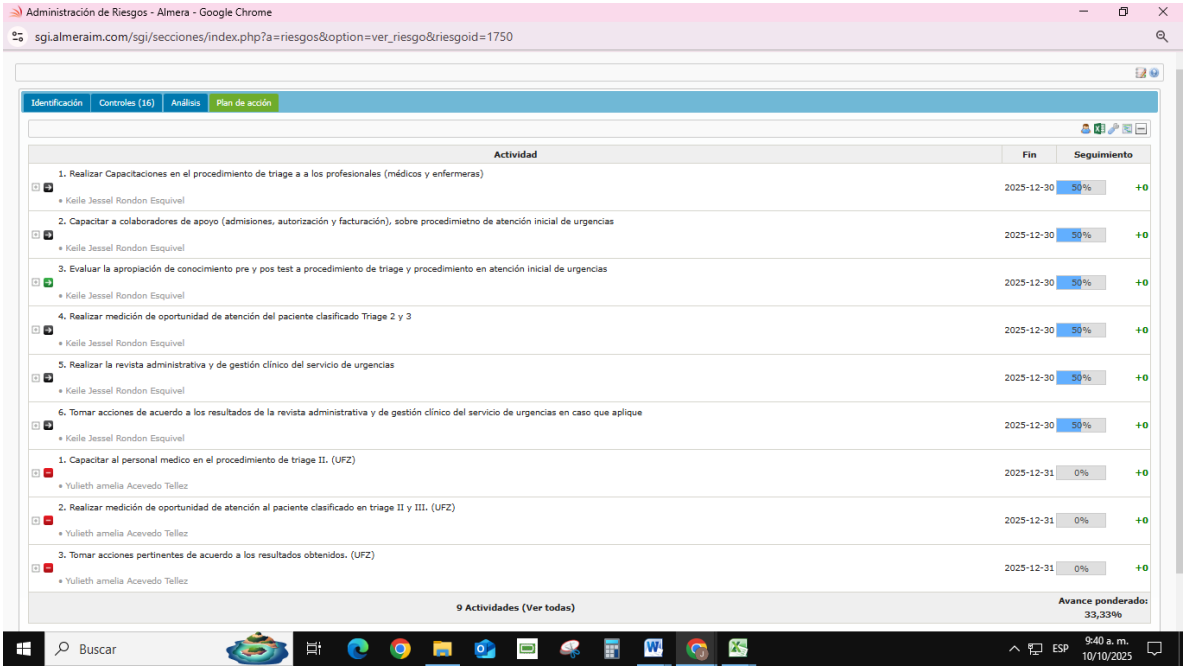
4022310	La Subdirectora de Urgencias realizá capacitación del procedimiento de atención inicial de urgencias al personal de admisiones y autorizaciones si se presenta desviación (> 15 minutos) del tiempo desde la clasificación de triage hasta el ingreso administrativo del paciente para controlar el indicador de oportunidad de atención de paciente clasificado como triage I, II, III.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de Urgencias realizá capacitación del procedimiento de atención inicial de urgencias al personal de admisiones y autorizaciones si se presenta desviación (> 15 minutos) del tiempo desde la clasificación de triage hasta el ingreso administrativo del paciente para controlar el indicador de oportunidad de atención de paciente clasificado como triage I, II, III.
4032310	La Subdirectora de Urgencias realiza la socialización de casos identificados excepcionales por fallas en la admisión en el servicio de urgencias en la revista administrtativa y de gestión clinica diariamente de acuerdo a procedimiento revista administrtativa y de gestión clinica de urgencias que se encuentra tipo encuesta en Almera diligenciada diariamente.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de Urgencias realiza la socialización de casos identificados excepcionales por fallas en la admisión en el servicio de urgencias en la revista administrtativa y de gestión clinica diariamente de acuerdo a procedimiento revista administrtativa y de gestión clinica de urgencias que se encuentra tipo encuesta en Almera diligenciada diariamente.
4042310	La subdirectora de Urgencias realiza medición y socialización de indicador de oportunidad de atencion de paciente clasificado como triage II - III en equipo primario de urgencias de manera mensual para aportar a la satisfacción del usuario en la atención del servicio urgencias.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19)No cumple por que no define el medio de verificación ni la forma documentada de evidencia	La Subdirectora de Urgencias realiza medición y socialización del indicador de oportunidad de atención de paciente clasificado como triage II – III en equipo primario de urgencias de manera mensual, para aportar a la satisfacción del usuario en la atención del servicio urgencias. Dejando acta o informe de reunión como medio de verificación documentada.
4052310	Equipo médico de urgencias realiza diariamente (lunes - Viernes evaluación de atención de consulta de urgencias mediante cumplimiento del Procedimiento Entrega de turno médico - administrativo el cual queda registrado el formato de Entrega de turno médico -administrativo para realizar respectiva retroalimentación a cada una de las áreas.	Cumple	No aplica	Equipo médico de urgencias realiza diariamente (lunes - Viernes evaluación de atención de consulta de urgencias mediante cumplimiento del Procedimiento Entrega de turno médico -administrativo el cual queda registrado el formato de Entrega de turno médico - administrativo para realizar respectiva retroalimentación a cada una de las áreas.

4062310	La Subdirectora de Urgencias realiza diariamente (lunes a viernes) Evaluación de la atención integral de la atención de urgencias mediante cumplimiento del procedimiento de Revista administrativa y de gestión clínico.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de Urgencias realiza diariamente (lunes a viernes) Evaluación de la atención integral de la atención de urgencias mediante cumplimiento del procedimiento de Revista administrativa y de gestión clínico.
4072310	La Subdirectora de urgencias realiza trimestralmente análisis y socialización de indicador de OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO CON VALORES CRÍTICOS EN URGENCIAS COD.2140 para evaluar atención oportuna del paciente ante el reporte de un laboratorio crítico.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19)No cumple por que no define el medio de verificación ni la forma documentada de evidencia	La Subdirectora de Urgencias realiza trimestralmente el análisis y socialización del indicador de OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO CON VALORES CRÍTICOS EN URGENCIAS (COD.2140), dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento, para garantizar la trazabilidad y control del proceso de atención oportuna del paciente ante el reporte de un laboratorio crítico.
4082310	La Subdirectora de urgencias realiza trimestralmente el análisis y socialización de indicador de OPORTUNIDAD DE INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS ENTREGADOS COMO CRÍTICOS DESDE IMÁGENES DIAGNOSTICAS AL SERVICIO DE URGENCIAS COD.2177 para evaluar atención oportuna del paciente ante el reporte de un estudio imagenologico crítico.	No cumple	No define medios de verificación documentada ni evidencia del seguimiento. (págs.61-63). (Guía v7 (Fig.16-17 págs.54-56; Fig.19 págs.61-63))	La Subdirectora de Urgencias realiza trimestralmente el análisis y socialización del indicador de OPORTUNIDAD DE INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS ENTREGADOS COMO CRÍTICOS DESDE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS AL SERVICIO DE URGENCIAS (COD.2177), dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento, para garantizar la trazabilidad y control del proceso de atención oportuna ante el reporte de un estudio imagenológico crítico.
4092310	La Subdirectora de urgencias realiza análisis y socialización de indicador de OPORTUNIDAD DEL CICLO COMPLETO DE LABORATORIO CLINICO DESDE LA SOLICITUD HASTA LA INTERPRETACION EN DGH HISTORIA CLINICA EN URGENCIAS COD. 2142 para evaluar calidad del registro de laboratorios , toma de decisiones con el reporte de laboratorios clinicos y pertinencia de solicitud.	No cumple	No define periodicidad ni medios de verificación documentada (Guía DAFP V7, Fig. 19 págs. 61–63).	La Subdirectora de Urgencias realiza de manera trimestral el análisis y socialización del indicador de OPORTUNIDAD DEL CICLO COMPLETO DE LABORATORIO CLÍNICO DESDE LA SOLICITUD HASTA LA INTERPRETACIÓN EN DGH HISTORIA CLÍNICA EN URGENCIAS (COD. 2142), dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento para garantizar trazabilidad, control y mejora continua del proceso.
	La Subdirectora de urgencias		No define periodicidad	La Subdirectora de Urgencias realiza de

4102310	realiza análisis y socialización de indicador de OPORTUNIDAD DEL CICLO COMPLETO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS DESDE LA SOLICITUD HASTA LA INTERPRETACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGHERVICIO DE URGENCIAS COD.2175 para evaluar calidad del registro de laboratorios, toma de decisiones con el reporte de imagenes diagnósticas y pertinencia de solicitud.	No cumple	ni medios de verificación documentada (Guía DAFP V7, Fig. 19, págs. 61–63).	manera trimestral el análisis y socialización del indicador de OPORTUNIDAD DEL CICLO COMPLETO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DESDE LA SOLICITUD HASTA LA INTERPRETACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH SERVICIO DE URGENCIAS (COD. 2175), dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento para garantizar trazabilidad, control y mejora continua en la calidad del proceso diagnóstico.
4112310	La Subdirectora de urgencias realiza seguimiento de laboratorio clinicos e imagénes diagnosticas de los pacientes del servicio de urgencias mediante cumplimiento del procedimiento de Revista administrativa y de gestión clinica con el fin de evaluar pertinencia , tiempos de toma de muestra , interpretación de laboratorios y toma de decisiones por parte del personal médico.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de urgencias realiza seguimiento de laboratorio clinicos e imagénes diagnosticas de los pacientes del servicio de urgencias mediante cumplimiento del procedimiento de Revista administrativa y de gestión clinica con el fin de evaluar pertinencia , tiempos de toma de muestra , interpretación de laboratorios y toma de decisiones por parte del personal médico.
4122310	La Subdirectora de urgencias realiza reporte diario mediante correo a los procesos de compras y farmacia en de los medicamentos , insumos y dispositivos medicos faltante en el servicio de urgencias con el fin de que se lleve respuesta y trazabilidad a la revista administrativa y de gestión clinica.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de urgencias realiza reporte diario mediante correo a los procesos de compras y farmacia en de los medicamentos , insumos y dispositivos medicos faltante en el servicio de urgencias con el fin de que se lleve respuesta y trazabilidad a la revista administrativa y de gestión clinica.
4132310	La Subdirectora de urgencias realiza seguimiento de los medicamentos , insumos y dispositivos médicos faltantes en el servicio de urgencias diariamente (lunes a viernes) en la revista administrativa y de gestión clínico con el fin de garantizar atención integral de los pacientes en el servicio de urgencias.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de urgencias realiza seguimiento de los medicamentos , insumos y dispositivos médicos faltantes en el servicio de urgencias diariamente (lunes a viernes) en la revista administrativa y de gestión clínico con el fin de garantizar atención integral de los pacientes en el servicio de urgencias.
4142310	La Subdirectora de urgencias realiza socialización de informe eventos adversos e incidentes presentados en el servicio de	Cumple	No aplica	La Subdirectora de urgencias realiza socialización de informe eventos adversos e incidentes presentados en el servicio de urgencias de manera

	urgencias de manera trimestral (informe derivado de seguridad paciente / Planeación) y evalúa necesidad de generar planes de mejoramiento si requiere.			trimestral (informe derivado de seguridad paciente / Planeación) y evalúa necesidad de generar planes de mejoramiento si requiere.
4152310	La Subdirectora de urgencias realiza seguimiento de eventos de seguridad presentados en el servicio de urgencias y respectivo reporte en la revista administrativa y de gestión clínica con el fin de garantizar atención integral de los pacientes en el servicio de urgencias.	Cumple	No aplica	La Subdirectora de urgencias realiza seguimiento de eventos de seguridad presentados en el servicio de urgencias y respectivo reporte en la revista administrativa y de gestión clínica con el fin de garantizar atención integral de los pacientes en el servicio de urgencias.

Análisis en Almera del Riesgo GU22038:



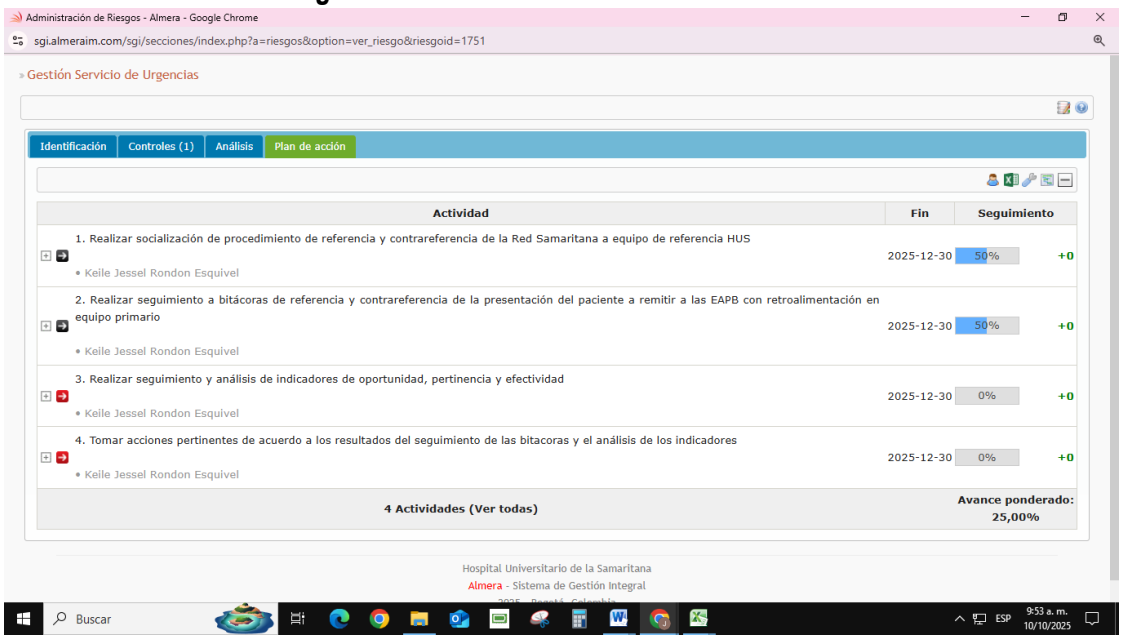
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GU22038**, se establecieron nueve (9) actividades. De estas, seis (6) presentan un avance del 50%, mientras que tres (3) no registran progreso (0%). Todas las actividades se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **33,33%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio-bajo. Se evidencian avances en la capacitación del personal asistencial y en la medición de la oportunidad de atención, sin embargo, se requiere fortalecer la ejecución de las actividades sin progreso para consolidar la adherencia a los procedimientos de triage y atención inicial de urgencias.

GESTIÓN SERVICIO DE URGENCIAS RIESGO GU22052					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GU22052	Gestión Servicio de Urgencias	Posibilidad que en referencia y contrareferencia, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios.	Cumple	No aplica	Posibilidad que en referencia y contrareferencia, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GU22052				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2492209	La subdirectora de Urgencias realiza seguimiento diario del procedimiento d e referencia y contrarreferencia a través de la revista administrativa en caso de necesidad se toman las decisiones y gestionan las novedades presentadas.	Cumple	No aplica	La subdirectora de Urgencias realiza seguimiento diario del procedimiento d e referencia y contrarreferencia a través de la revista administrativa en caso de necesidad se toman las decisiones y gestionan las novedades presentadas.

Análisis en Almera del Riesgo GU22052:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

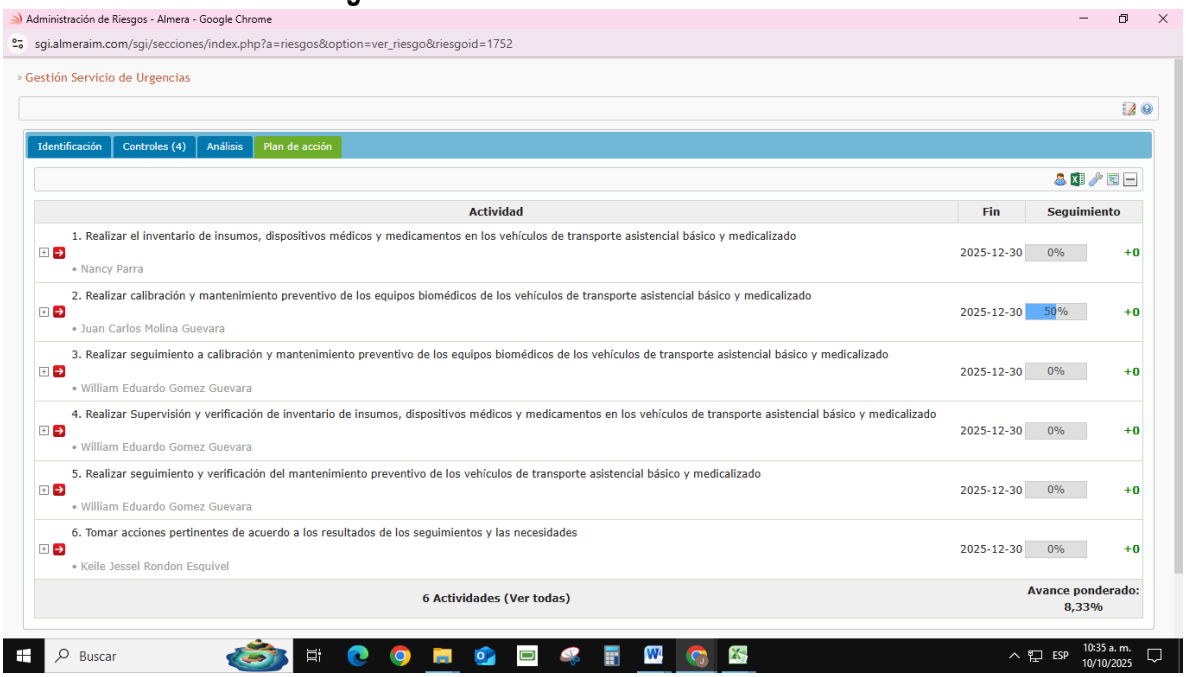
Análisis: Para el riesgo con código **GU22052**, se establecieron cuatro (4) actividades. De estas, dos (2) registran un avance del 50%, mientras que las dos (2) restantes no presentan progreso (0%). Todas las actividades se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **25,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento bajo. Se evidencian avances en la socialización del procedimiento y en el seguimiento a las bitácoras, sin embargo, se requiere fortalecer la ejecución de las actividades pendientes para garantizar la oportunidad y efectividad en los procesos de referencia y contra referencia.

GESTIÓN SERVICIO DE URGENCIAS RIESGO GU24083					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GU24083	Gestión Servicio de Urgencias	Posibilidad de afectación económica al tener un vehículo de transporte asistencial fuera de servicio por falta de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, así como fallas mecánicas, garantías, aseguradoras y siniestros debido al inadecuado control y gestión de los mismos, incumplimiento de los proveedores que abastecen la farmacia que provee a la móvil y el desabastecimiento a nivel Distrital y Nacional.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica al tener un vehículo de transporte asistencial fuera de servicio por falta de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, así como fallas mecánicas, garantías, aseguradoras y siniestros debido al inadecuado control y gestión de los mismos, incumplimiento de los proveedores que abastecen la farmacia que provee a la móvil y el desabastecimiento a nivel Distrital y Nacional.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GU24083				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5132404	El Químico farmacéutica de la farmacia de urgencias verifica de manera trimestral la existencia de mínimos y máximos de insumos en la farmacia que abastece los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado garantizando la entrega de los mismos de manera oportuna y permanente.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No define medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento	El Químico Farmacéutico de la farmacia de urgencias verifica trimestralmente la existencia de mínimos y máximos de insumos en la farmacia que abastece los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado, dejando evidencia documentada y verificable de la revisión para garantizar la trazabilidad y la entrega oportuna y permanente de los insumos.

5142404	El grupo interdisciplinario de los auxiliares de enfermería de la tripulación, subdirección de urgencias y administrador de urgencias realiza seguimientos y supervisiones periódicas a las móviles a fin de establecer el manejo adecuado de inventarios garantizando la dotación completa frente a los insumos, dispositivos médicos, biomédicos y medicamentos.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No define periodicidad exacta ni medios de verificación documentada del seguimiento	El grupo interdisciplinario conformado por los auxiliares de enfermería de la tripulación, la Subdirección de Urgencias y el Administrador de Urgencias realiza de manera mensual los seguimientos y supervisiones a las móviles, dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento para garantizar el manejo adecuado de inventarios y la dotación completa de insumos, dispositivos médicos, biomédicos y medicamentos.
5152404	El equipo de ingeniería biomédica realiza calibración y mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado garantizando el adecuado funcionamiento de acuerdo al cronograma de mantenimiento.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No define medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento del cumplimiento del cronograma	El equipo de Ingeniería Biomédica realiza la calibración y el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado conforme al cronograma establecido, dejando evidencia documentada y verificable de cada intervención para garantizar su adecuado funcionamiento y trazabilidad.
5162404	Asegurar la verificación del mantenimiento preventivo de los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado con la finalidad de garantizar su operatividad.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No define responsable, periodicidad ni medio de verificación documentada	El Jefe o Coordinador del área respectiva debe asegurar la verificación del mantenimiento preventivo de los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado de manera trimestral, dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento, con el fin de garantizar su operatividad, disponibilidad continua y cumplimiento del cronograma de mantenimiento

Análisis en Almera del Riesgo GU24083:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

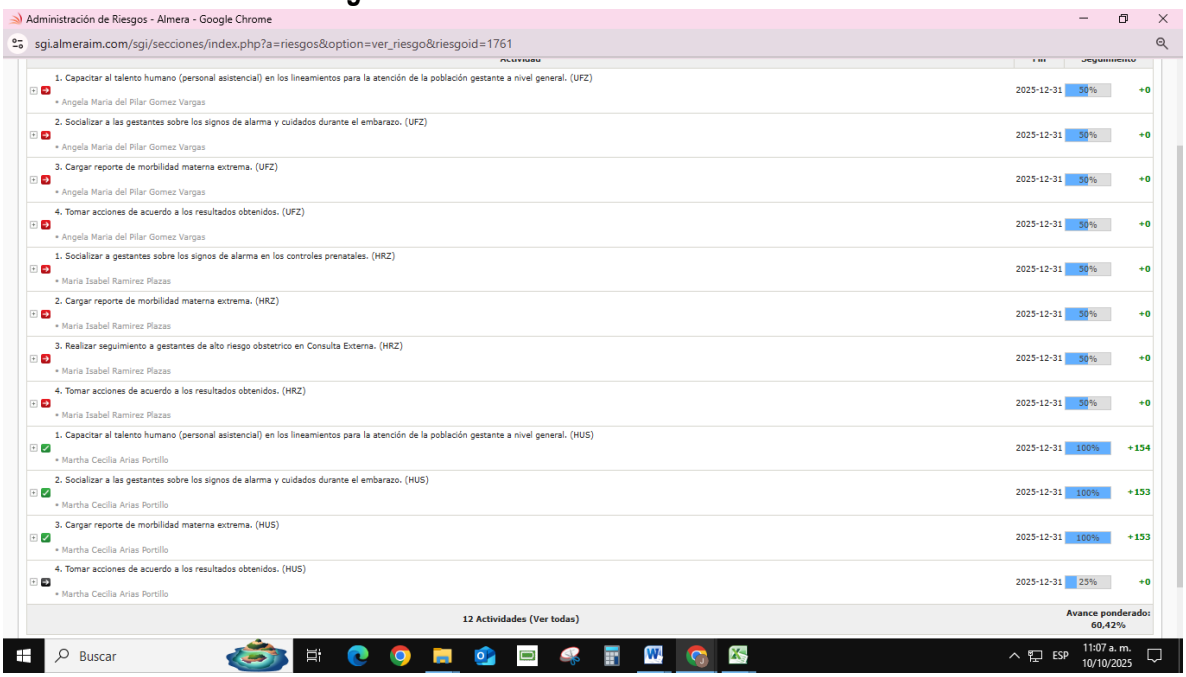
Análisis: Para el riesgo con código **GU24083**, se establecieron seis (6) actividades. De estas, una (1) presenta un avance del 50%, mientras que las cinco (5) restantes no registran progreso (0%). Todas las actividades se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **8,33%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento bajo. Se requiere fortalecer la ejecución del plan, priorizando la realización de inventarios, seguimientos y verificaciones, con el fin de garantizar el mantenimiento preventivo y la disponibilidad de los recursos en los vehículos de transporte asistencial.

1.8.18. Gestión de Salud Pública

GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA RIESGO GSP23065					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSP23065	Gestión de Salud Publica	Posibilidad de afectación económica y de reputación por mortalidad relacionada con la atención a la población materna, debido a falta de oportunidad en la identificación de signos de alarma y falta de adherencia a guías y protocolos	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y de reputación por mortalidad relacionada con la atención a la población materna, debido a falta de oportunidad en la identificación de signos de alarma y falta de adherencia a guías y protocolos

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSP23065				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3372308	El equipo de salud realiza la educación en la identificación oportuna de signos de alarma en los momentos de contacto con la población materna y se realiza la verificación de comprensión de la educación a través de la aplicación de una encuesta y se da a conocer el resultado obtenido en grupos primarios de Ginecología y de gestión de salud pública de manera trimestral.	Cumple	No aplica	El equipo de salud realiza la educación en la identificación oportuna de signos de alarma en los momentos de contacto con la población materna y se realiza la verificación de comprensión de la educación a través de la aplicación de una encuesta y se da a conocer el resultado obtenido en grupos primarios de Ginecología y de gestión de salud pública de manera trimestral.
3652309	La líder de salud pública realiza la validación y análisis del indicador de cobertura trimestral	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No especifica medio de verificación documentada.	La líder de Salud Pública realiza la validación y análisis del indicador de cobertura de manera trimestral, dejando evidencia documentada y verificable del análisis (acta o informe trimestral) para garantizar trazabilidad y seguimiento.
3662309	La líder de salud pública lidera la reunión de equipo primario mensual para presentar las novedades y proponer soluciones o estrategias de mejora	No cumple	No define medio de verificación documentada (solo menciona la reunión). La Guía DAFP V7 (págs. 61–63) exige evidencia trazable del seguimiento.	La líder de salud pública lidera la reunión de equipo primario mensual para presentar las novedades y proponer estrategias de mejora, dejando evidencia documentada y verificable de la reunión (acta o relatoría).
3672309	El personal de salud sexual realiza seguimiento telefónico a la materna (8 días después del egreso y 42 días para cerrar el ciclo del puerperio)	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No define responsable, medio de verificación documentada ni evidencia del seguimiento	El Jefe o Coordinador del área respectiva debe asegurar que el personal de salud sexual realice el seguimiento telefónico a la materna (a los 8 días del egreso y a los 42 días para cierre del puerperio), dejando evidencia documentada y verificable del seguimiento.
3682309	El personal medico y personal de enfermería realizan educación en el pos parto en consulta externa cuando acuden al control.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) No especifica medio de verificación documentada.	El personal médico y de enfermería realiza educación en el posparto durante la consulta externa cuando acuden al control, dejando evidencia documentada y verificable de la actividad.

Análisis en Almera del Riesgo GSP23065:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

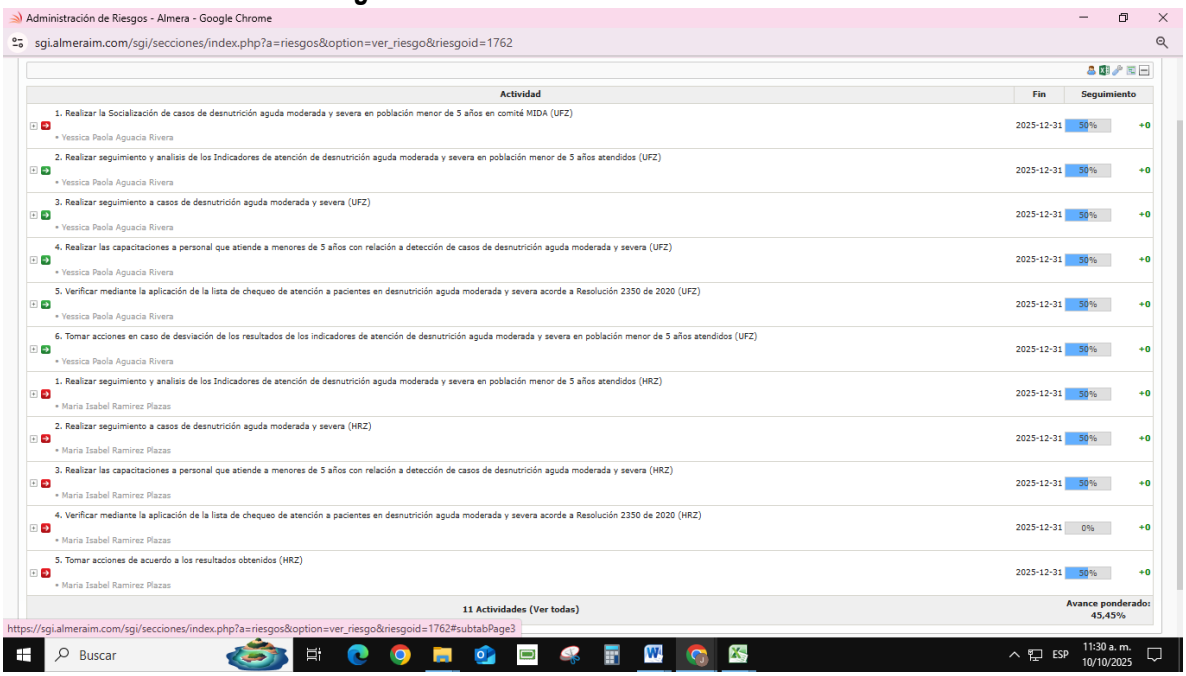
Análisis: Para el riesgo con código **GSP23065**, se establecieron doce (12) actividades. De estas, tres (3) registran un avance del 100%, ocho (8) presentan un progreso del 50% y una (1) alcanza el 25%. Todas las actividades se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **60,42%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio-alto. Se evidencian avances significativos en la capacitación del personal asistencial, la socialización con las gestantes y el cargue oportuno de reportes de morbilidad materna extrema; sin embargo, se requiere fortalecer la ejecución de las acciones derivadas del seguimiento para consolidar los resultados y mantener la mejora continua en la atención materna.

GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA RIESGO GSP24071					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GSP24071	Gestión de Salud Publica	Posibilidad de afectación económica y de imagen por el incremento casos detectados de desnutrición en menores de 5 años, debido a los malos hábitos y estilos de vida, determinantes sociales y baja corresponsabilidad de los padres o cuidadores frente a la situación en salud.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y de imagen por el incremento casos detectados de desnutrición en menores de 5 años, debido a los malos hábitos y estilos de vida, determinantes sociales y baja corresponsabilidad de los padres o cuidadores frente a la situación en salud.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GSP24071				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4482402	El equipo de salud del programa en el momento que realiza la Identificación de posibles casos de desnutrición a través de las atenciones en salud de la población objeto, deja el registro pertinente en la Historia Clínica.	Cumple	No aplica	El equipo de salud del programa en el momento que realiza la Identificación de posibles casos de desnutrición a través de las atenciones en salud de la población objeto, deja el registro pertinente en la Historia Clínica.
4492402	El profesional en el momento que identifica el posible caso de desnutrición realiza educación en estilos de vida saludable que favorezca la salud del niño menor de 5 años y en la evolución del egreso se deja constancia de la educación brindada.	No cumple	**Este control le falta la última parte en Almera frente a la matriz institucional**	El profesional en el momento que identifica el posible caso de desnutrición realiza educación en estilos de vida saludable que favorezca la salud del niño menor de 5 años y en la evolución del egreso se deja constancia de la educación brindada y si requiere algún complemento de igual manera se deja el código de radicado en el MIPRES.
4502402	El equipo de salud realiza el reporte de los casos detectados a través del SIVIGILA diligenciando la ficha de notificación EVENTO 113 del 2024, esta información es derivada a las instituciones necesarias para realizar la intervención de los determinantes identificados de acuerdo a su pertinencia.	Cumple	No aplica	El equipo de salud realiza el reporte de los casos detectados a través del SIVIGILA diligenciando la ficha de notificación EVENTO 113 del 2024, esta información es derivada a las instituciones necesarias para realizar la intervención de los determinantes identificados de acuerdo a su pertinencia.

5592503	El técnico o profesional encargado de realizar los seguimientos telefónicos a los casos de pacientes con desnutrición que egresen de la institución; debe registrar en la historia clínica y en el Kardex de desnutrición el resultado del seguimiento.	Cumple	No aplica	El técnico o profesional encargado de realizar los seguimientos telefónicos a los casos de pacientes con desnutrición que egresen de la institución; debe registrar en la historia clínica y en el Kardex de desnutrición el resultado del seguimiento.

Análisis en Almera del Riesgo GSP24071:



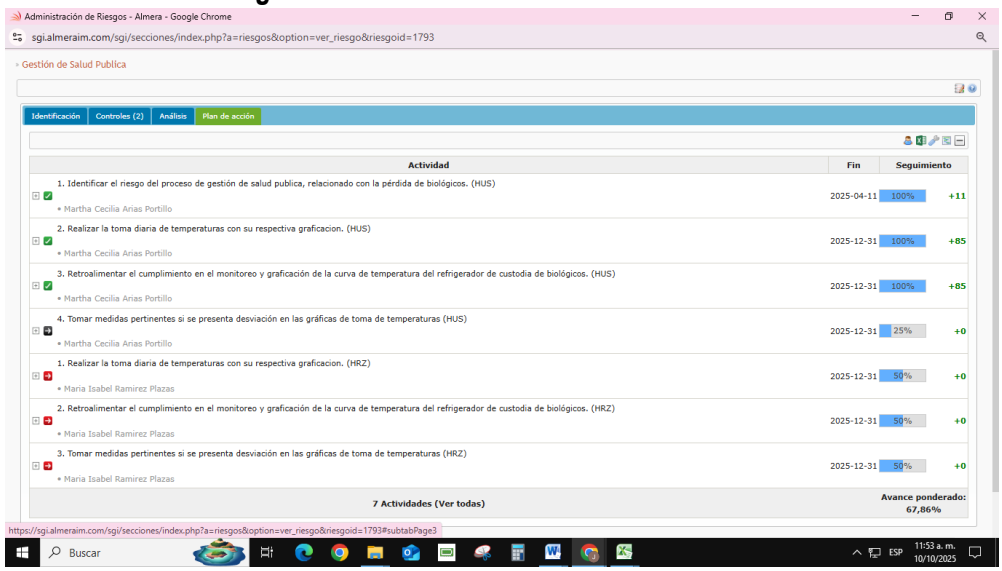
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GSP24071**, se establecieron once (11) actividades. De estas, diez (10) registran un avance del 50% y una (1) no presenta progreso (0%). Todas las actividades se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **45,45%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio. Se evidencian avances en la socialización de casos, el seguimiento a indicadores y la capacitación del personal asistencial; sin embargo, se requiere fortalecer la verificación mediante lista de chequeo y la implementación de acciones derivadas del análisis de resultados, a fin de asegurar la atención integral y oportuna a la población infantil con diagnóstico de desnutrición aguda.

GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA RIESGO SP25089					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
SP25089	Gestión de Salud Publica	Posibilidad de afectación económica y/o de reputación por pérdida de biológicos debido a falta de adherencia a protocolos y procedimientos Institucionales y fallas en la cadena de frio	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o de reputación por pérdida de biológicos debido a falta de adherencia a protocolos y procedimientos Institucionales y fallas en la cadena de frio

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO SP25089				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5612503	La enfermera o auxiliar de vacunación realiza el registro por cada turno según oferta del servicio dejando registro de temperaturas máxima y mínima en el formato correspondiente.	Cumple	No aplica	La enfermera o auxiliar de vacunación realiza el registro por cada turno según oferta del servicio dejando registro de temperaturas máxima y mínima en el formato correspondiente.
5622503	La Enfermera o auxiliar de vacunación realiza seguimiento a registro de administración de biológicos diarios, dejándolo en el formato de la Secretaria de Salud Cundinamarca.	Cumple	No aplica	La Enfermera o auxiliar de vacunación realiza seguimiento a registro de administración de biológicos diarios, dejándolo en el formato de la Secretaria de Salud Cundinamarca.

Análisis en Almera del Riesgo SP25089:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **SP25089**, se establecieron siete (7) actividades. De ellas, tres (3) registran cumplimiento total (100%), una (1) presenta avance parcial del 25%, y las tres (3) restantes alcanzan un 50% de ejecución. Todas se encuentran dentro del plazo establecido, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **67,86%**, lo que evidencia un nivel de cumplimiento alto. Se destacan los avances en la identificación del riesgo y la implementación de controles asociados al monitoreo y graficación de temperaturas en los refrigeradores de biológicos. No obstante, se sugiere continuar el seguimiento y la aplicación oportuna de medidas correctivas ante desviaciones para mantener la cadena de frío y prevenir pérdidas de biológicos.

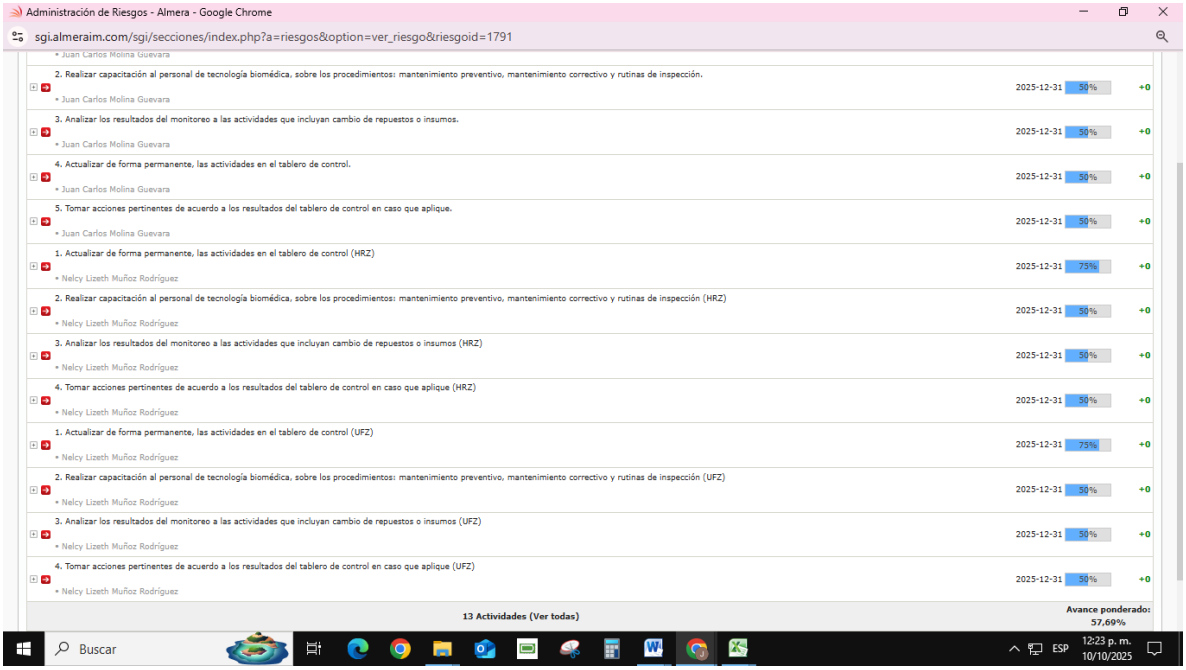
1.8.19. Gestión de Tecnología Biomédica

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA RIESGO GTB22009					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GTB22009	Gestión de Tecnología Biomédica	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 diagnostico técnico	Cumple	No aplica	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 diagnostico técnico

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GTB22009				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3882309	El personal operativo realiza de acuerdo a agenda de mantenimiento o necesidad del servicio acompañamiento al proveedor externo para realizar actividades de mantenimiento contratadas y verifica a través del reporte de servicio las observaciones dadas de la actividad ejecutada y repuestos requeridos y notifica al líder del proceso para su control.	Cumple	No aplica	El personal operativo realiza de acuerdo a agenda de mantenimiento o necesidad del servicio acompañamiento al proveedor externo para realizar actividades de mantenimiento contratadas y verifica a través del reporte de servicio las observaciones dadas de la actividad ejecutada y repuestos requeridos y notifica al líder del proceso para su control.
3892309	El personal operativo realiza actividades de mantenimiento de acuerdo a cronograma o necesidad y deja registro a través del reporte de servicio las observaciones dadas de la	No Cumple	No identifica responsable o área (Guía DAFP V7, Fig. 16–17 págs. 54–56; Fig. 19 págs. 61–63)	El Jefe o Coordinador del área de Tecnología Biomédica debe asegurar que el personal operativo realice las actividades de mantenimiento de acuerdo con el cronograma o

	actividad ejecutada y repuestos requeridos.			necesidad, dejando registro en el reporte de servicio de las observaciones dadas de la actividad ejecutada y repuestos requeridos.
3912309	El profesional universitario responsable de la coordinación del proceso de tecnología biomédica realiza seguimiento diario al registro de actividades de mantenimientos a través del tablero de control en donde se corrobora la veracidad de la información, este mismo es actualizado semanalmente conforme a la entrega de reportes	Cumple	No aplica	El profesional universitario responsable de la coordinación del proceso de tecnología biomédica realiza seguimiento diario al registro de actividades de mantenimientos a través del tablero de control en donde se corrobora la veracidad de la información, este mismo es actualizado semanalmente conforme a la entrega de reportes

Análisis en Almera del Riesgo GTB22009:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

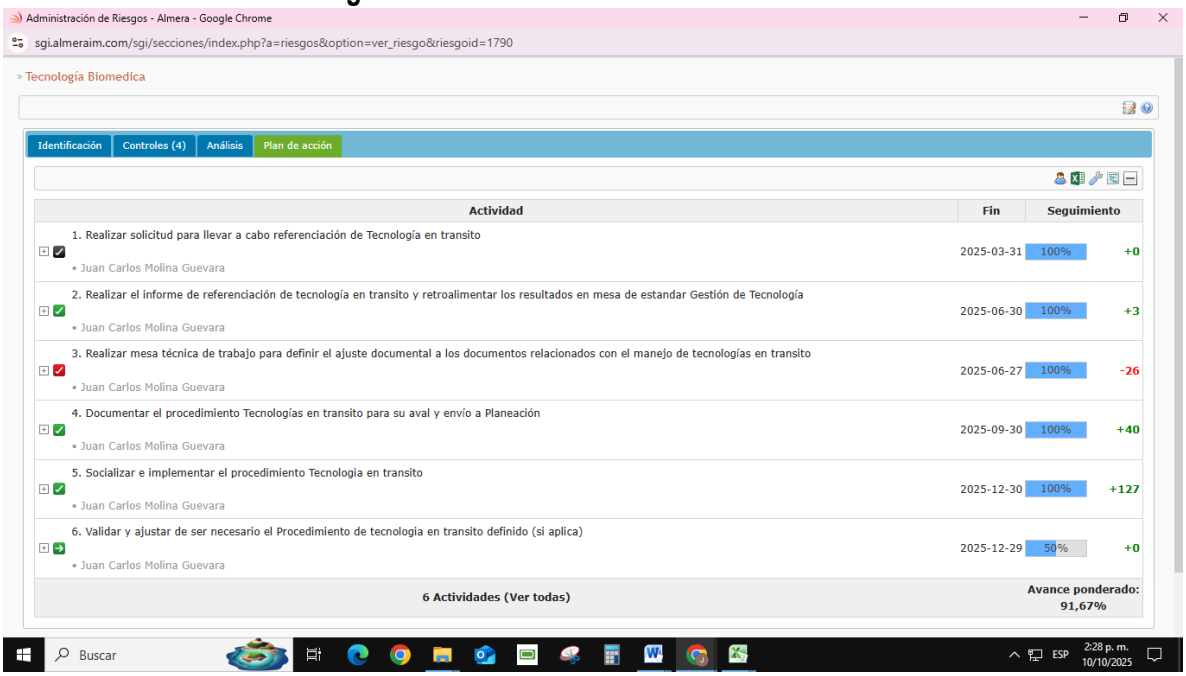
Análisis: Para el riesgo con código **GTB22009**, se establecieron trece (13) actividades. De ellas, una (1) registra cumplimiento total al 100%, dos (2) actividades alcanzan un avance del 75%, y las diez (10) actividades restantes presentan un avance parcial del 50%. Todas se encuentran dentro del plazo establecido, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **57,69%**, reflejando un nivel de cumplimiento medio. Se evidencian progresos en la actualización de procedimientos y en la gestión técnica del proceso; sin embargo, se sugiere fortalecer las capacitaciones y el análisis de resultados del monitoreo, para consolidar la mejora continua en la gestión de los equipos biomédicos.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA RIESGO GTB22017					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
GTB22017	Gestión de Tecnología Biomédica	Posibilidad de afectación económica o reputacional por prestar atención en salud con tecnología biomédica en transito, que no cumpla con los requerimientos pertinentes, debido al ingreso a la institución sin registro ni aval pertinente, información desactualizada o incompleta, falta de evidencia de mantenimientos o calibraciones y falta de adherencia a los procesos y procedimientos por parte de los supervisores.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por prestar atención en salud con tecnología biomédica en transito rápido que no cumpla con los requerimientos, debido al ingreso a la institución de tecnologías en transito rápido sin registro ni aval pertinente, información desactualizada o incompleta de la tecnología biomédica en tránsito rápido, falta de los mantenimientos y/o calibraciones a los equipos de tecnología biomédica en transito rápido y falta de adherencia a los procesos y procedimientos por parte de los supervisores.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO GTB22017				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
4262310	El personal biomédico realiza entrenamiento sobre el Procedimiento de tecnologías en transito a supervisores de contrato y miembros del eje y estándar de tecnología de manera trimestral para poder realizar su aplicación y cumplimiento; verificando la documentación asociada a la tecnología a través de la evaluación técnica y se les realiza el ingreso al tablero de control cada vez que llega un equipo de tecnología en transito.	Cumple	No aplica	El personal biomédico realiza entrenamiento sobre el Procedimiento de tecnologías en transito a supervisores de contrato y miembros del eje y estándar de tecnología de manera trimestral para poder realizar su aplicación y cumplimiento; verificando la documentación asociada a la tecnología a través de la evaluación técnica y se les realiza el ingreso al tablero de control cada vez que llega un equipo de tecnología en transito.
4272310	El personal biomédico hace seguimiento mensual a los cronogramas de mantenimientos, calibraciones a través de la hoja radar dejando los soportes	Cumple	No aplica	El personal biomédico hace seguimiento mensual a los cronogramas de mantenimientos, calibraciones a través de la hoja radar dejando los soportes

	correspondientes.			correspondientes.
4282310	Desde la dirección administrativa (vigilancia) se registran los equipos en transito en el libro de control y realizan el reporte pertinente al área competente para verificar y validar su ingreso	Cumple	No aplica	Desde la dirección administrativa (vigilancia) se registran los equipos en transito en el libro de control y realizan el reporte pertinente al área competente para verificar y validar su ingreso
4292310	El supervisor realiza la solicitud (por evento) de la documentación requerida para entregar a los grupos expertos (sistemas, biomédico, industrial y farmacia) quienes corroboraran su cumplimiento y completitud.	Cumple	No aplica	El supervisor realiza la solicitud (por evento) de la documentación requerida para entregar a los grupos expertos (sistemas, biomédico, industrial y farmacia) quienes corroboraran su cumplimiento y completitud.

Análisis en Almera del Riesgo GTB22017:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **GTB22017**, se establecieron seis (6) actividades, de las cuales cinco (5) registran cumplimiento total del 100% y una (1) actividad presenta un avance parcial del 50%. Todas las actividades se encuentran dentro del plazo de ejecución establecido, con fecha de finalización el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **91,67%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento alto. Se evidencia cumplimiento oportuno en la mayoría de las acciones. No obstante, se identificó una ejecución extemporánea (-26 días), situación que, aunque no afectó el resultado final, debe evitarse en futuros ciclos para mantener la trazabilidad del cronograma.

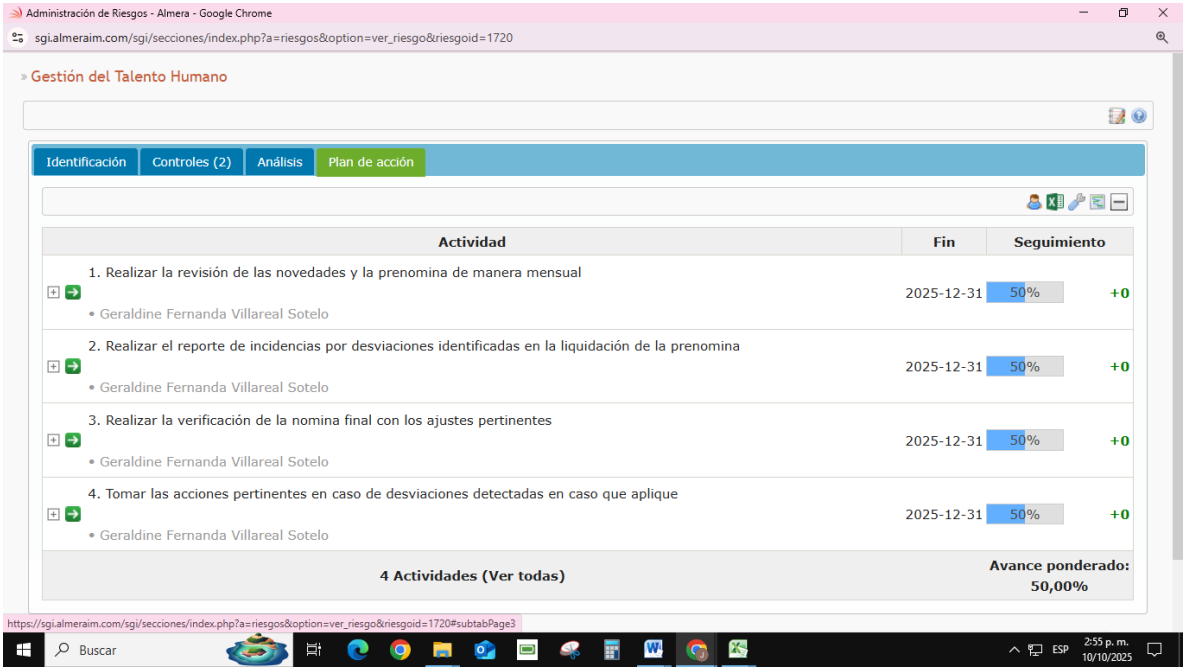
En general, el proceso muestra efectiva gestión documental y técnica, orientada al fortalecimiento del control y manejo de las tecnologías en tránsito dentro del hospital.

1.8.20. Gestión del Talento Humano

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO RIESGO TH22039					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
TH22039	Gestión del Talento Humano	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar pagos injustificados u omisión de pagos relacionados con la nómina.	No cumple	El riesgo define evento y causa, pero no expresa explícitamente la consecuencia. Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 54–56), debe incluir la consecuencia esperada para cumplir completamente.	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de realizar pagos injustificados u omitir pagos relacionados con la nómina, generando afectación económica y reputacional a la entidad.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO TH22039				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1332207	La jefe de personal de manera mensual asigna por competencia al profesional de nomina y al técnico de seguridad social según corresponda realizar la inclusión de las novedades en la nomina correspondiente, para la liquidación de la misma	Cumple	No aplica	La jefe de personal de manera mensual asigna por competencia al profesional de nomina y al técnico de seguridad social según corresponda realizar la inclusión de las novedades en la nomina correspondiente, para la liquidación de la misma
1342207	Los integrantes de la subdirección de personal cada uno desde su rol realizan la actividad pertinente de acuerdo al procedimiento Beneficios a empleados con la finalidad de liquidar adecuada y oportunamente de la nomina mensual.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define medio de verificación documentada ni evidencia trazable del seguimiento.	Los integrantes de la subdirección de personal, cada uno desde su rol, realizan la actividad pertinente de acuerdo con el procedimiento “Beneficios a empleados”, con la finalidad de liquidar adecuada y oportunamente la nómina mensual, dejando evidencia documentada y verificable del cumplimiento y del proceso.

Análisis en Almera del Riesgo TH22039:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **TH22039**, Para el riesgo con código GTH22006, se establecieron cuatro (4) actividades, todas con un avance del 50% de ejecución. Las acciones se encuentran dentro del plazo de ejecución vigente, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **50,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio. Se evidencia avance en la revisión y control del proceso de nómina; se recomienda continuar el seguimiento para garantizar su exactitud y oportunidad.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO RIESGO TH22040					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
TH22040	Gestión del Talento Humano	Posibilidad de afectación reputacional y económica por actuaciones u omisiones que propicien sanciones por intermediación laboral debido a la no adherencia al manual de contratación en el rol del supervisor.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional y económica por actuaciones u omisiones que propicien sanciones por intermediación laboral debido a la no adherencia al manual de contratación en el rol del supervisor.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO TH22040

Código (Control)	Control	Cumple Control	Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)	Control Ajustado
1302207	El supervisor designado realiza el Informe de supervisión contractual donde verifica que mensualmente se hayan cumplido con las obligaciones contractuales suscritas las cuales son recordadas en cada reunión de seguimiento quedando registro en el acta correspondiente	Cumple	No aplica	El supervisor designado realiza el Informe de supervisión contractual donde verifica que mensualmente se hayan cumplido con las obligaciones contractuales suscritas las cuales son recordadas en cada reunión de seguimiento quedando registro en el acta correspondiente

Análisis en Almera del Riesgo TH22040:

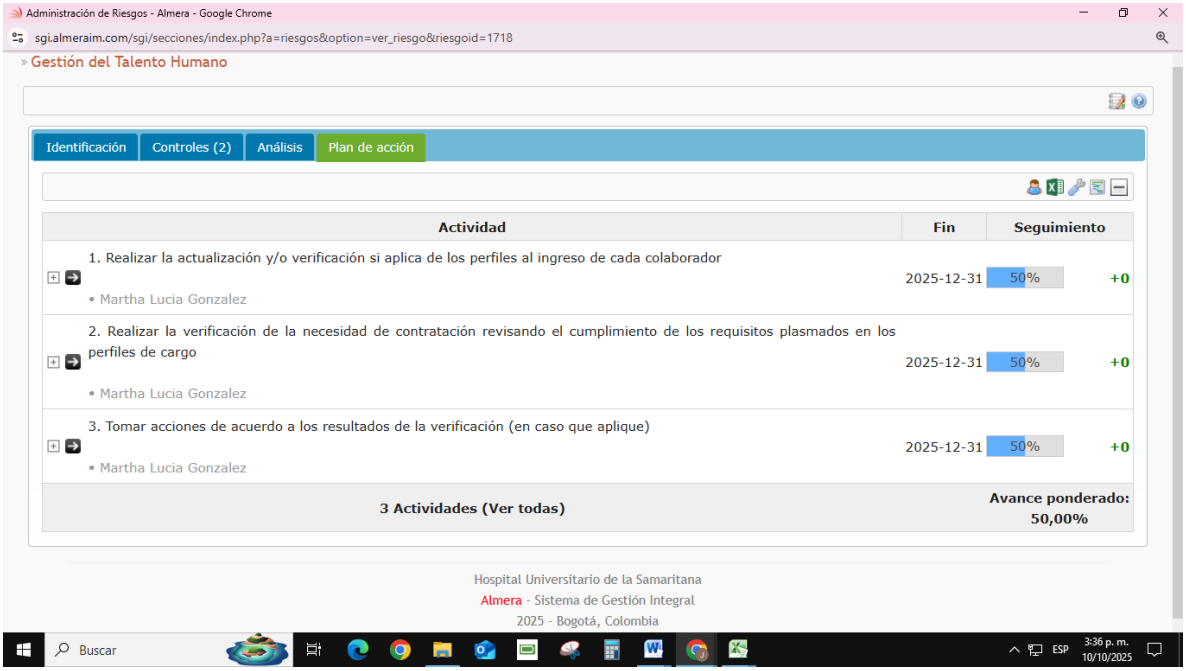
Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **TH22040**, se establecieron dos (2) actividades. De ellas, una (1) registra un avance del 75% y una (1) presenta un 50% de ejecución. Ambas se encuentran dentro del plazo de cumplimiento, con fecha de finalización el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **62,50%**, reflejando un nivel de cumplimiento medio-alto. Se evidencian avances en el seguimiento a las obligaciones contractuales; sin embargo, se sugiere fortalecer la gestión y documentación de acciones correctivas para asegurar el control y trazabilidad del proceso.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO RIESGO TH22041					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
TH22041	Gestión del Talento Humano	Posibilidad de recibir o solicitar dadiva 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	No cumple	El riesgo define evento y causa, pero no expresa de forma explícita la consecuencia. Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 54–56), debe incluir textualmente la consecuencia esperada para cumplir completamente.	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva 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, generando afectación reputacional y vulneración de los principios de transparencia y mérito en la gestión del talento humano.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO TH22041				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1192206	La Subdirección de personal aplica el formato de evaluación de requisitos (formación y experiencia) para validar el cumplimento e idoneidad frente a lo requerido en el manual de funciones y competencias laborales del empleo, cada vez que se reciba un requerimiento por parte de los servicios.	Cumple	No aplica	La Subdirección de personal aplica el formato de evaluación de requisitos (formación y experiencia) para validar el cumplimento e idoneidad frente a lo requerido en el manual de funciones y competencias laborales del empleo, cada vez que se reciba un requerimiento por parte de los servicios.
1202206	La subdirección de desarrollo humano verifica el cumplimiento de requisitos (formación y experiencia) del personal en misión validándolo con los perfiles de contratación documentados en el proceso de talento humano cada vez que se presente el requerimiento	Cumple	No aplica	La subdirección de desarrollo humano verifica el cumplimiento de requisitos (formación y experiencia) del personal en misión validándolo con los perfiles de contratación documentados en el proceso de talento humano cada vez que se presente el requerimiento

Análisis en Almera del Riesgo TH22041:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **TH22041**, se establecieron tres (3) actividades, todas con un avance del 50%. Las acciones se encuentran dentro del plazo de ejecución, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **50,00%**, lo que refleja un nivel de cumplimiento medio. Se evidencian avances en la verificación de perfiles y requisitos de contratación; se sugiere continuar el seguimiento para asegurar la trazabilidad y cumplimiento del proceso de vinculación.

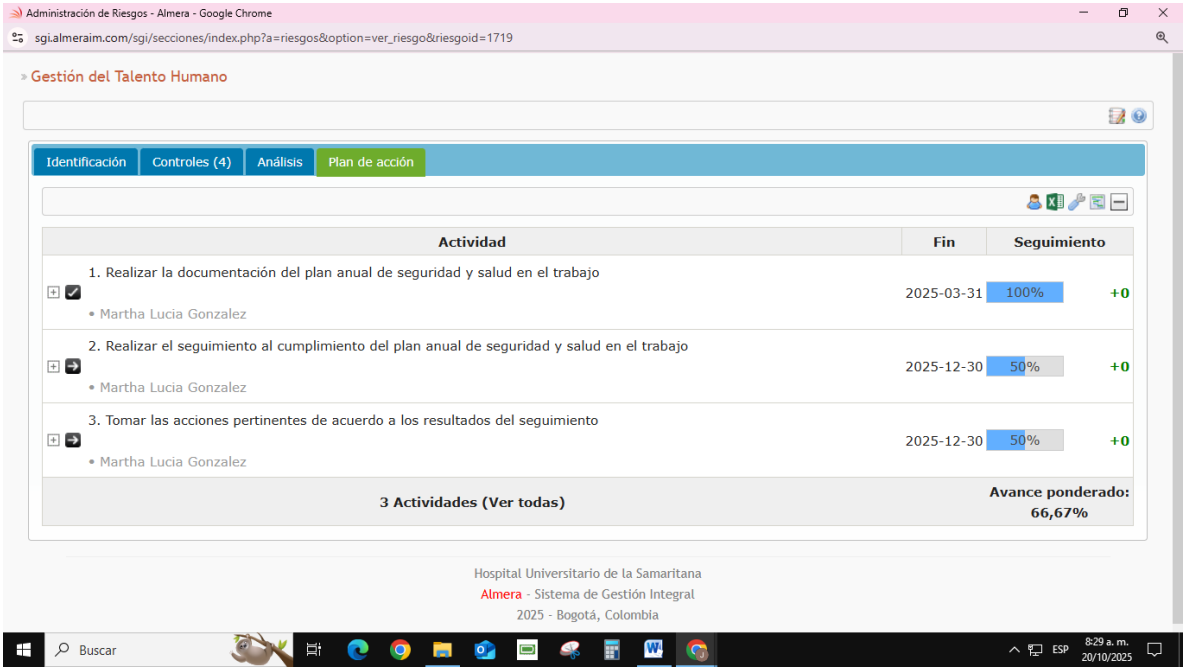
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO RIESGO TH22042					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
TH22042	Gestión del Talento Humano	Posibilidad de afectación reputacional y económica por deterioro en la salud de los trabajadores debido a incumplimiento de las recomendación o restricciones laborales, el trabajador no informa sus patologías de origen común o laboral que generan recomendaciones y/o restricciones laborales ante el Hospital, por desatención a la restricción y recomendaciones medico laborales por parte del trabajador en su entorno intra laboral y extra laboral, por no realizar valoraciones periódicas medico ocupacionales al estado de salud de los trabajadores y no tomar las acciones correspondientes y relacionadas con las restricciones o recomendaciones medico ocupacionales.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación reputacional y económica por deterioro en la salud de los trabajadores debido a incumplimiento de las recomendación o restricciones laborales, el trabajador no informa sus patologías de origen común o laboral que generan recomendaciones y/o restricciones laborales ante el Hospital, por desatención a la restricción y recomendaciones medico laborales por parte del trabajador en su entorno intra laboral y extra laboral, por no realizar valoraciones periódicas medico ocupacionales al estado de salud de los trabajadores y no tomar las acciones correspondientes y relacionadas con las restricciones o recomendaciones medico ocupacionales.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO TH22042				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1322207	El equipo de seguridad y salud en el trabajo realiza la programación de Exámenes médicos ocupacionales periódicos de acuerdo con la información que se tenga del funcionario la cual puede obtenerse por medio del historial o por comunicación directa del funcionario que informa algún accidente de trabajo- común o presunta enfermedad laboral -común. Se realizan las actividades necesarias para garantizar la recuperación y calidad de vida realizando las	Cumple	No aplica	El equipo de seguridad y salud en el trabajo realiza la programación de Exámenes médicos ocupacionales periódicos de acuerdo con la información que se tenga del funcionario la cual puede obtenerse por medio del historial o por comunicación directa del funcionario que informa algún accidente de trabajo- común o presunta enfermedad laboral -común. Se realizan las actividades necesarias para garantizar la recuperación y calidad de vida realizando las

	acciones pertinentes ya sea reubicación o readaptación según examen médico ocupacional, se hace la correspondiente inclusión en el programa de vigilancia epidemiológica que aplique, el seguimiento se realiza a las vigencias de las recomendaciones y/o restricciones y según resultados de examen médico ocupacional, lo anterior se encuentra documentado en el procedimiento de reubicación y readaptación Laboral.			acciones pertinentes ya sea reubicación o readaptación según examen médico ocupacional, se hace la correspondiente inclusión en el programa de vigilancia epidemiológica que aplique, el seguimiento se realiza a las vigencias de las recomendaciones y/o restricciones y según resultados de examen médico ocupacional, lo anterior se encuentra documentado en el procedimiento de reubicación y readaptación Laboral.
2152208	El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo en cabeza de la subdirección de Desarrollo Humano, realiza de manera periódica el seguimiento en los puestos de trabajo a los colaboradores que tienen algún tipo de restricción y/o recomendación por medio de visita y observación al área con el fin de identificar el cumplimiento de las mismas con registro de seguimiento y según resultados encontrados se procede a realizar los ajustes pertinentes para garantizar en caso de encontrar alguna desviación, también acompaña y educa a los trabajadores de acuerdo con la sintomatología para procurar mejora en sus condiciones de Salud.	Cumple	No aplica	El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo en cabeza de la subdirección de Desarrollo Humano, realiza de manera periódica el seguimiento en los puestos de trabajo a los colaboradores que tienen algún tipo de restricción y/o recomendación por medio de visita y observación al área con el fin de identificar el cumplimiento de las mismas con registro de seguimiento y según resultados encontrados se procede a realizar los ajustes pertinentes para garantizar en caso de encontrar alguna desviación, también acompaña y educa a los trabajadores de acuerdo con la sintomatología para procurar mejora en sus condiciones de Salud.
2162208	El equipo de Seguridad y Salud en el trabajo ejecuta el plan anual de trabajo de Seguridad y salud en el trabajo aprobado por la Subdirección de Desarrollo Humano para la vigencia, dentro del cual se encuentra la programación de los exámenes médicos ocupacionales y el respectivo seguimiento a las recomendaciones y o restricciones dadas en el examen médico de cualquier categoría para los colaboradores, con el fin de tener la información de condiciones de salud actualizadas y poder realizar las acciones que se deriven de los resultados encontrados.	Cumple	No aplica	El equipo de Seguridad y Salud en el trabajo ejecuta el plan anual de trabajo de Seguridad y salud en el trabajo aprobado por la Subdirección de Desarrollo Humano para la vigencia, dentro del cual se encuentra la programación de los exámenes médicos ocupacionales y el respectivo seguimiento a las recomendaciones y o restricciones dadas en el examen médico de cualquier categoría para los colaboradores, con el fin de tener la información de condiciones de salud actualizadas y poder realizar las acciones que se deriven de los resultados encontrados.

2182208	El equipo de Seguridad y Salud en el trabajo ejecuta el plan anual de trabajo de Seguridad y salud en el trabajo aprobado por la Subdirección de Desarrollo Humano para la vigencia, dentro del cual se encuentra la programación de análisis de puesto de trabajo e inspecciones ergonómicas a puestos de trabajo y las actividades propias del resultado de estas actividades que sirven como insumo para el desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica documentados.	Cumple	No aplica	El equipo de Seguridad y Salud en el trabajo ejecuta el plan anual de trabajo de Seguridad y salud en el trabajo aprobado por la Subdirección de Desarrollo Humano para la vigencia, dentro del cual se encuentra la programación de análisis de puesto de trabajo e inspecciones ergonómicas a puestos de trabajo y las actividades propias del resultado de estas actividades que sirven como insumo para el desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica documentados.

Análisis en Almera del Riesgo TH22042:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **TH22042**, se establecieron tres (3) actividades; una de ellas presenta un cumplimiento del 100%, mientras que las dos restantes registran un avance del 50%. Las acciones cuentan con fecha de finalización al 30 de diciembre de 2025, por lo que aún se encuentran dentro del plazo de ejecución. El avance ponderado general es del **66,67%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento medio-alto. Se sugiere mantener la verificación periódica y la ejecución oportuna de las acciones derivadas del seguimiento, con el fin de garantizar la efectividad del programa institucional de seguridad y salud en el trabajo.

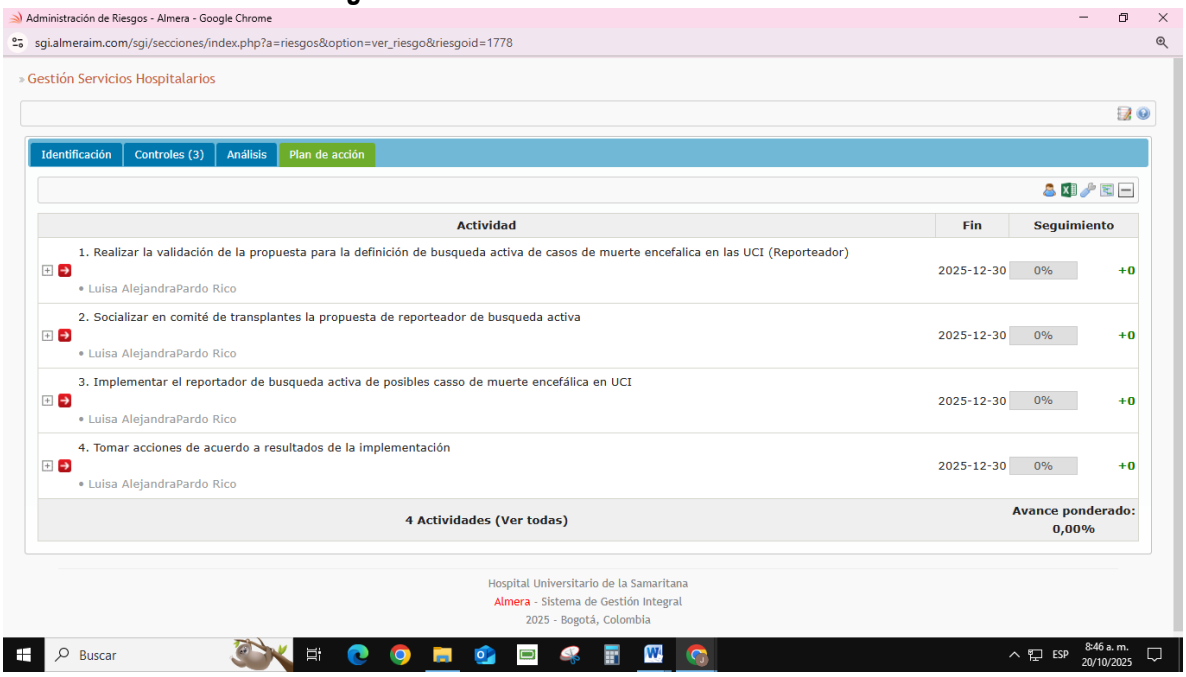
1.8.21. Gestión Servicios Hospitalarios

GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH22049					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
PH22049	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad de pérdida del potencial donante de órganos y tejidos debido a fallas administrativas, fallas en el mantenimiento del donante, deficiente identificación de los potenciales donantes e inoportunidad en el diagnóstico de muerte encefálica.	Cumple	No aplica	Posibilidad de pérdida del potencial donante de órganos y tejidos debido a fallas administrativas, fallas en el mantenimiento del donante, deficiente identificación de los potenciales donantes e inoportunidad en el diagnóstico de muerte encefálica.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH22049				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
1492207	El medico coordinador de trasplante realiza la verificación de Autorizaciones por EPS - Aplicativo de Autorizaciones y queda registro de la solicitud cada vez que se requiere (El potencial donante tiene 24hr para el rescate cubierto por la EPS del paciente Donante)	Cumple	No aplica	El medico coordinador de trasplante realiza la verificación de Autorizaciones por EPS - Aplicativo de Autorizaciones y queda registro de la solicitud cada vez que se requiere (El potencial donante tiene 24hr para el rescate cubierto por la EPS del paciente Donante)
1502207	El neurocirujano/neurólogo realiza el diagnóstico de la Muerte Encefálica y Mantenimiento del potencial donante de acuerdo al 03PH02 GESTIÓN OPERATIVA EN MUERTE ENCEFÁLICA. En las actividades 3 y 4 dejando el registro en la HCL dejando registro en el formato 05PH111-V2NOTIFICACIÓN DE POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS Y O TEJIDOS.	Cumple	No aplica	El neurocirujano/neurólogo realiza el diagnóstico de la Muerte Encefálica y Mantenimiento del potencial donante de acuerdo al 03PH02 GESTIÓN OPERATIVA EN MUERTE ENCEFÁLICA. En las actividades 3 y 4 dejando el registro en la HCL dejando registro en el formato 05PH111-V2NOTIFICACIÓN DE POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS Y O TEJIDOS.

5482410	Medico tratante realiza la Identificación y notificación de los pacientes que cumple con las características: - Glasgow menor o igual a 5 - Sospecha de muerte encefálica Para reportar con el Coordinador de Trasplantes la Gestion del Posible donante	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad del seguimiento.	El médico tratante realiza la identificación y notificación de los pacientes que cumplen con las características (Glasgow ≤ 5, sospecha de muerte encefálica) para reportar con el Coordinador de Trasplantes la gestión del posible donante, dejando registro en la historia clínica y evidencia de comunicación documentada.

Análisis en Almera del Riesgo PH22049:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **PH22049**, se establecieron cuatro (4) actividades; todas las acciones registran un avance del 0%, con fecha de finalización programada para el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **0,00%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento nulo. Se sugiere iniciar oportunamente la validación y socialización de la propuesta, de manera que se garantice su implementación dentro de los plazos establecidos y se fortalezca la detección temprana de posibles casos de muerte encefálica en el ámbito institucional.

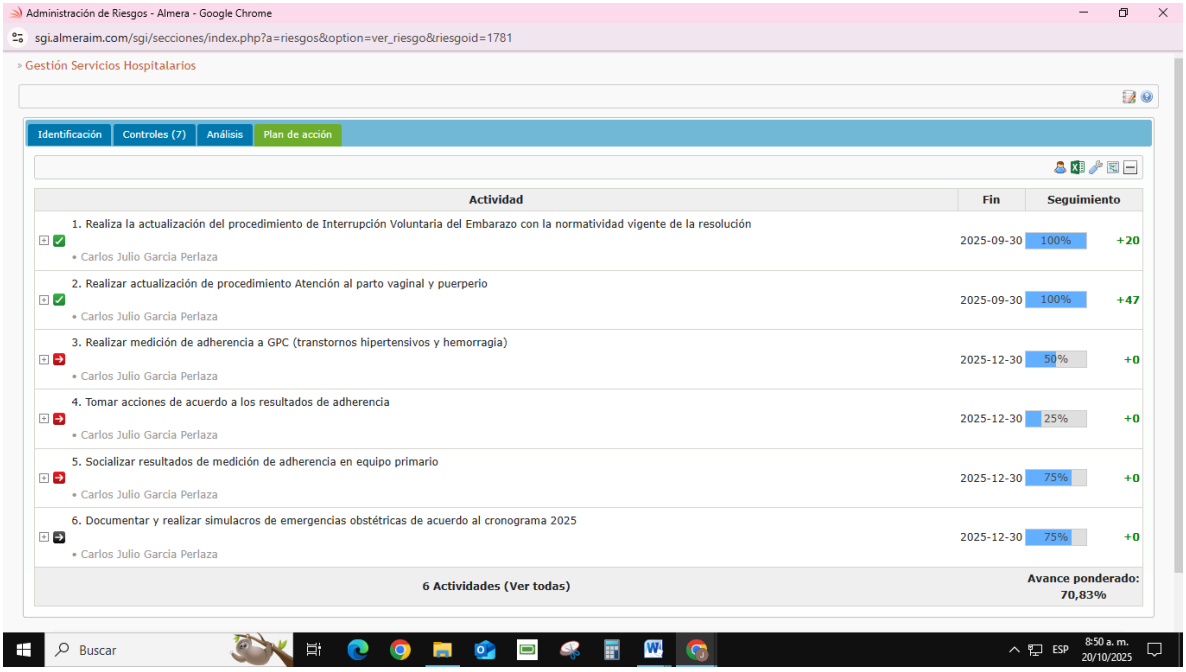
GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH22053					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
PH22053	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad que las gestantes y puérperas tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías hipertensión, hemorragia y sepsis por fallas en la atención debido a Identificación inadecuada del riesgo individual, deficiencias en el control y reporte de los medicamentos e insumos en el kit de emergencia obstétrica, Fallas en la comunicación entre el equipo de salud, Comunicación no efectiva con el paciente y la familia y Falta de adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales	Cumple	No aplica	Posibilidad que las gestantes y puérperas tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías hipertensión, hemorragia y sepsis por fallas en la atención debido a Identificación inadecuada del riesgo individual, deficiencias en el control y reporte de los medicamentos e insumos en el kit de emergencia obstétrica, Fallas en la comunicación entre el equipo de salud, Comunicación no efectiva con el paciente y la familia y Falta de adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH22053				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2192208	El medico tratante realiza la identificación del riesgo individual, estableciendo el plan de manejo dejando el registro a través del correcto diligenciamiento de la Historia clínica	Cumple	No aplica	El medico tratante realiza la identificación del riesgo individual, estableciendo el plan de manejo dejando el registro a través del correcto diligenciamiento de la Historia clínica
2202208	El medico tratante realiza la identificación de los riesgos de salud mental y tromboembolismo, dejando el registro adecuado en la historia clínica y en caso de necesidad se solicita la interconsulta con la especialidad pertinente o aplicación de medidas de prevención de acuerdo a los procedimientos Atención del parto vaginal de puerperio y Trombo profilaxis en paciente obstétrica	Cumple	No aplica	El medico tratante realiza la identificación de los riesgos de salud mental y tromboembolismo, dejando el registro adecuado en la historia clínica y en caso de necesidad se solicita la interconsulta con la especialidad pertinente o aplicación de medidas de prevención de acuerdo a los procedimientos Atención del parto vaginal de puerperio y Trombo profilaxis en paciente obstétrica

2212208	El líder de Ginecología y Obstetricia determina el profesional que realiza la presentación (Análisis de morbilidad materna extrema) al grupo asistencial convocado y la aplicación de lista de chequeo especifica a la patología (hipertensión, hemorragia y sepsis) y de acuerdo al resultados del ejercicio socializado se establecen acciones de aprendizaje para los eventos posteriores	Cumple	No aplica	El líder de Ginecología y Obstetricia determina el profesional que realiza la presentación (Análisis de morbilidad materna extrema) al grupo asistencial convocado y la aplicación de lista de chequeo especifica a la patología (hipertensión, hemorragia y sepsis) y de acuerdo al resultados del ejercicio socializado se establecen acciones de aprendizaje para los eventos posteriores
2222208	El medico tratante lidera la comunicación entre los profesionales de salud que participan en la atención de la emergencia a través de técnicas de comunicación efectiva y asertiva misma con verificación redundante y registro en la lista de chequeo establecida.	Cumple	No aplica	El medico tratante lidera la comunicación entre los profesionales de salud que participan en la atención de la emergencia a través de técnicas de comunicación efectiva y asertiva misma con verificación redundante y registro en la lista de chequeo establecida.
2232208	La enfermera de turno realiza la verificación trimestral, mensual o por evento de que los medicamentos e insumos se encuentran completos y vigentes en el kit de emergencia obstétrica a través del registro Control de insumos de kit Obstétrico y en caso de faltante se realiza la gestión pertinente.	Cumple	No aplica	La enfermera de turno realiza la verificación trimestral, mensual o por evento de que los medicamentos e insumos se encuentran completos y vigentes en el kit de emergencia obstétrica a través del registro Control de insumos de kit Obstétrico y en caso de faltante se realiza la gestión pertinente.
2242208	El medico tratante explica el estado de salud y manejo definido de acuerdo a las intervenciones realizadas a la paciente durante la emergencia y dependiendo del tipo de intervención que requiera se activa la intervención en crisis con equipo interdisciplinario para realizar el acompañamiento a la familia, dejando registro en la Historia Clínica	Cumple	No aplica	El medico tratante explica el estado de salud y manejo definido de acuerdo a las intervenciones realizadas a la paciente durante la emergencia y dependiendo del tipo de intervención que requiera se activa la intervención en crisis con equipo interdisciplinario para realizar el acompañamiento a la familia, dejando registro en la Historia Clínica

2252208	Desde auditoria concurrente de manera trimestral realizan la medición de adherencia de trastornos hipertensivos y hemorragia posparto, alimentando el indicador evaluación de aplicación de guía de manejo especifica para hemorragia de III trimestre en gestación y evaluación de aplicación de guía de manejo especifica para trastornos hipertensivos en la gestación se mide mensual y se analiza trimestralmente realizando la retroalimentación de resultados en el equipo primario	Cumple	No aplica	Desde auditoria concurrente de manera trimestral realizan la medición de adherencia de trastornos hipertensivos y hemorragia posparto, alimentando el indicador evaluación de aplicación de guía de manejo especifica para hemorragia de III trimestre en gestación y evaluación de aplicación de guía de manejo especifica para trastornos hipertensivos en la gestación se mide mensual y se analiza trimestralmente realizando la retroalimentación de resultados en el equipo primario

Análisis en Almera del Riesgo PH22053:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

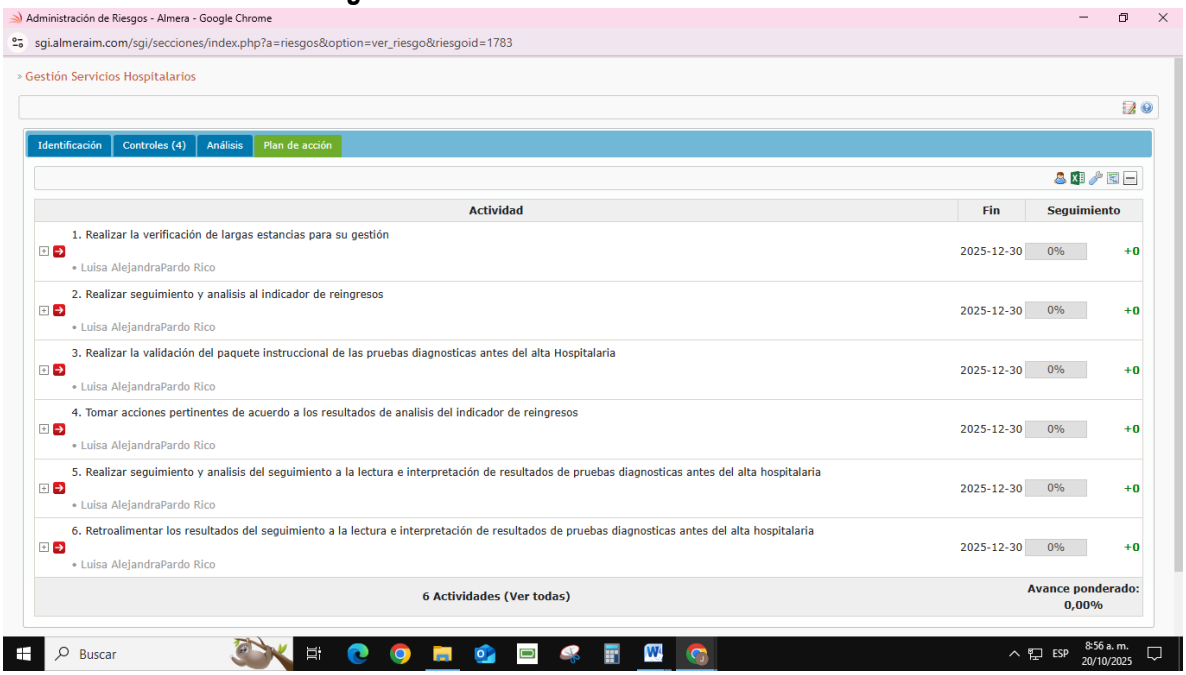
Análisis: Para el riesgo con código **PH22053**, Se establecieron seis (6) actividades; dos de ellas registran un cumplimiento del 100%, mientras que las restantes presentan avances entre el 25% y el 75%, con fecha de finalización al 30 de diciembre de 2025, lo que evidencia que las acciones se encuentran en desarrollo dentro del plazo establecido. El avance ponderado general es del **70,83%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento alto. Se sugiere mantener el seguimiento a las mediciones de adherencia y consolidar la socialización de resultados para garantizar la mejora continua en la atención obstétrica institucional.

GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH22054					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
PH22054	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad que durante la atención de Hospitalización se presenten complicaciones al paciente por fallas administrativas, debido a inadecuada comunicación, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica y falta de adherencia a guías y protocolos.	Cumple	No aplica	Posibilidad que durante la atención de Hospitalización se presenten complicaciones al paciente por fallas administrativas, debido a inadecuada comunicación, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica y falta de adherencia a guías y protocolos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH22054				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
2842209	La líder de Hospitalización realiza el monitoreo de largas estancias semanalmente a través del formato Seguimiento a pacientes hospitalizados con estancias prolongadas con el fin de gestionar los pendientes a fin de agilizar el egreso del paciente.	Cumple	No aplica	La líder de Hospitalización realiza el monitoreo de largas estancias semanalmente a través del formato Seguimiento a pacientes hospitalizados con estancias prolongadas con el fin de gestionar los pendientes a fin de agilizar el egreso del paciente.
2852209	La líder de Hospitalización realiza la programación de juntas medicas a fin de evitar largas estancias y mejorar la comunicación entre las especialidades a través del folio junta medica de la HC	Cumple	No aplica	La líder de Hospitalización realiza la programación de juntas medicas a fin de evitar largas estancias y mejorar la comunicación entre las especialidades a través del folio junta medica de la HC
2862209	La líder de Hospitalización de manera mensual evalúa junto a las especialidades los casos que requieren gestión para prevenir largas estancias y posibles complicaciones.	Cumple	No aplica	La líder de Hospitalización de manera mensual evalúa junto a las especialidades los casos que requieren gestión para prevenir largas estancias y posibles complicaciones.

3262211	La líder de Hospitalización realiza diariamente seguimiento sincrónico de largas estancias a través del grupo de Whatsapp creado para tal fin, gestionando las necesidades expuestas	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define un medio de verificación documentada y trazable, dado que el grupo de WhatsApp no constituye evidencia formal ni registrable institucionalmente.	La líder de Hospitalización realiza diariamente seguimiento sincrónico de largas estancias a través del grupo de Whatsapp creado para tal fin, gestionando las necesidades expuestas, dejando evidencia documentada en formato o registro institucional de seguimiento diario a pacientes hospitalizados con estancias prolongadas.

Análisis en Almera del Riesgo PH22054:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **PH22054**, se establecieron seis (6) actividades, todas las actividades registran un avance del 0%, con fecha de finalización programada para el 30 de diciembre de 2025, lo que indica que las acciones se encuentran en fase inicial de ejecución. El avance ponderado general es del **0,00%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento nulo. Se sugiere iniciar oportunamente las acciones planificadas, priorizando la verificación de largas estancias y el seguimiento a los indicadores de reingreso, de manera que se fortalezcan la oportunidad y la seguridad en los procesos de egreso hospitalario.

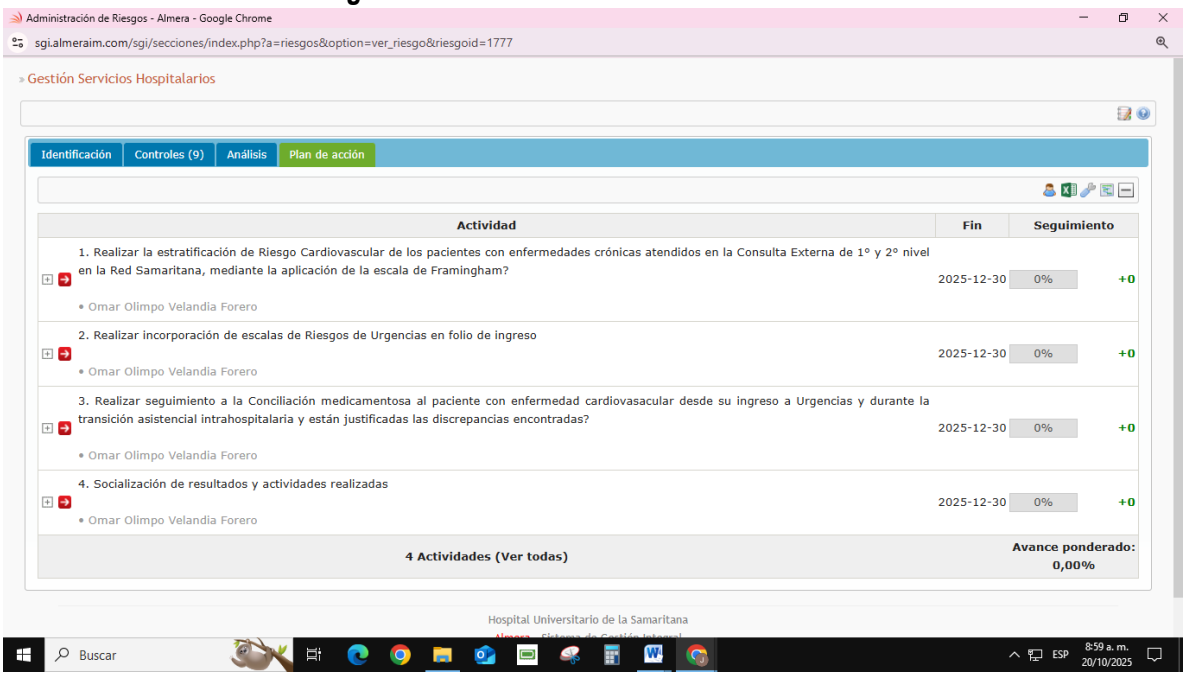
GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH22061					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
PH22061	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad que los pacientes con enfermedad cardiovascular tengan complicaciones en su curso clínico (inestabilidad hemodinámica que requiera UCI, injuria renal aguda, fenómenos tromboembólicos y sangrado mayor) por fallas en la atención debido a inadecuada comunicación entre el equipo de salud o hacia el paciente y su familia, Incorrecta interpretación de los signos vitales o señales de alarma y falta de adherencia a guías y protocolos.	Cumple	No aplica	Posibilidad que los pacientes con enfermedad cardiovascular tengan complicaciones en su curso clínico (inestabilidad hemodinámica que requiera UCI, injuria renal aguda, fenómenos tromboembólicos y sangrado mayor) por fallas en la atención debido a inadecuada comunicación entre el equipo de salud o hacia el paciente y su familia, Incorrecta interpretación de los signos vitales o señales de alarma y falta de adherencia a guías y protocolos.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH22061				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3142210	Prescripción correcta de antihipertensivos, diuréticos y/o anticoagulantes (tipo de medicamento, dosis, frecuencia y vía de administración) acorde a la condición clínica del paciente	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad, responsables ni medios de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	Prescripción correcta de antihipertensivos, diuréticos y/o anticoagulantes (tipo de medicamento, dosis, frecuencia y vía de administración) acorde a la condición clínica del paciente. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: permanente durante la atención hospitalaria. Medio de verificación documentada: historia clínica y fórmulas médicas. Evidencia: seguimiento a la adherencia farmacológica en comités de seguridad del paciente.
3152210	Adherencia a una adecuada administración de antihipertensivos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, medicamentos para falla cardiaca.	No cumple	El control está soportado en un documento institucional (manual), lo cual fortalece su trazabilidad; sin embargo, Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19),	Adherencia a una adecuada administración de antihipertensivos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, medicamentos para falla cardiaca (01AF11-V1 MANUAL DE USO SEGURO DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA). Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: permanente en la práctica asistencial. Medio de verificación documentada:

	(01AF11-V1MANUAL DE USO SEGURO DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA)		no se establece responsable ni periodicidad.	registro en historia clínica y auditorías de cumplimiento de protocolos.
3162210	Estratificación del riesgo de mortalidad en el paciente con síndrome coronario agudo a través de la aplicación de la escala Grace y Killip	No cumple	El control describe claramente la acción preventiva. Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), No define responsable, periodicidad ni medio de verificación documentada.	Estratificación del riesgo de mortalidad en el paciente con síndrome coronario agudo a través de la aplicación de la escala Grace y Killip. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: al ingreso y reevaluación según evolución clínica. Medio de verificación documentada: registro en historia clínica y lista de chequeo de ingreso.
3172210	Realizar la estratificación del riesgo del deterioro de la función renal en el paciente cardiovascular que vaya a recibir nefrotóxicos (medicamentos, medios de contraste...) y de acuerdo al riesgo implementar medidas preventivas.	No cumple	Describe adecuadamente el control preventivo, pero Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) no define responsable ni medio de verificación documentada.	Realizar la estratificación del riesgo del deterioro de la función renal en el paciente cardiovascular que vaya a recibir nefrotóxicos (medicamentos, medios de contraste...) y de acuerdo al riesgo implementar medidas preventivas. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: antes de la administración del agente nefrotóxico. Medio de verificación documentada: registro en historia clínica y órdenes médicas.
3182210	Monitorizar y manejar adecuadamente la administración de líquidos en el paciente cardiovascular con riesgo de sobrecarga hídrica	No cumple	Es un control operativo claro, pero Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) no define responsable, periodicidad ni evidencia documentada.	Monitorizar y manejar adecuadamente la administración de líquidos en el paciente cardiovascular con riesgo de sobrecarga hídrica. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: permanente durante la hospitalización. Medio de verificación documentada: registro de balance hídrico en historia clínica.
3192210	Paquete Instrucciónal de comunicación asertiva	No cumple	El control se soporta en una herramienta institucional, pero Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) no describe aplicación, responsable ni periodicidad.	Paquete Instruccional de comunicación asertiva. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: según cronograma de capacitación institucional. Medio de verificación documentada: actas y registros de asistencia a capacitaciones.
3202210	Realizar búsqueda activa de posibles casos de novedades	No cumple	El control define acción y frecuencia diaria, pero Según la	Realizar búsqueda activa de posibles casos de novedades de seguridad relacionadas con la atención de pacientes con enfermedad

	de seguridad relacionadas con la atención de pacientes con enfermedad cardiovascular en la entrega de turno medica diaria.		Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) no incluye medio de verificación ni responsable explícito.	cardiovascular en la entrega de turno médica diaria. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Medio de verificación documentada: actas o formatos de entrega de turno.
3212210	Realizar evaluación continua del riesgo clínico individual en la evolución diaria del paciente.	No cumple	Define periodicidad (diaria) y acción clara, pero Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) carece de medio de verificación documentada.	Realizar evaluación continua del riesgo clínico individual en la evolución diaria del paciente. Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Medio de verificación documentada: notas de evolución médica y de enfermería.
3222210	Realizar seguimiento a la calidad de la historia clínica (detección de riesgo y prescripción adecuada)	No cumple	Es un control administrativo adecuado, pero Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19) no define responsable ni medio de verificación documentada.	Realizar seguimiento a la calidad de la historia clínica (detección de riesgo y prescripción adecuada). Responsable: el jefe o coordinador del área correspondiente deberá realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del control. Periodicidad: mensual. Medio de verificación documentada: informes de auditoría clínica.

Análisis en Almera del Riesgo PH22061:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **PH22061**, Se establecieron cuatro (4) actividades; todas registran un avance del 0%, con fecha de finalización programada para el 30 de diciembre de 2025, lo que indica que aún no se ha iniciado su ejecución. El avance ponderado general es del **0,00%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento nulo. Se sugiere priorizar el inicio y culminación oportuna de las actividades planificadas, garantizando el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro del cronograma previsto.

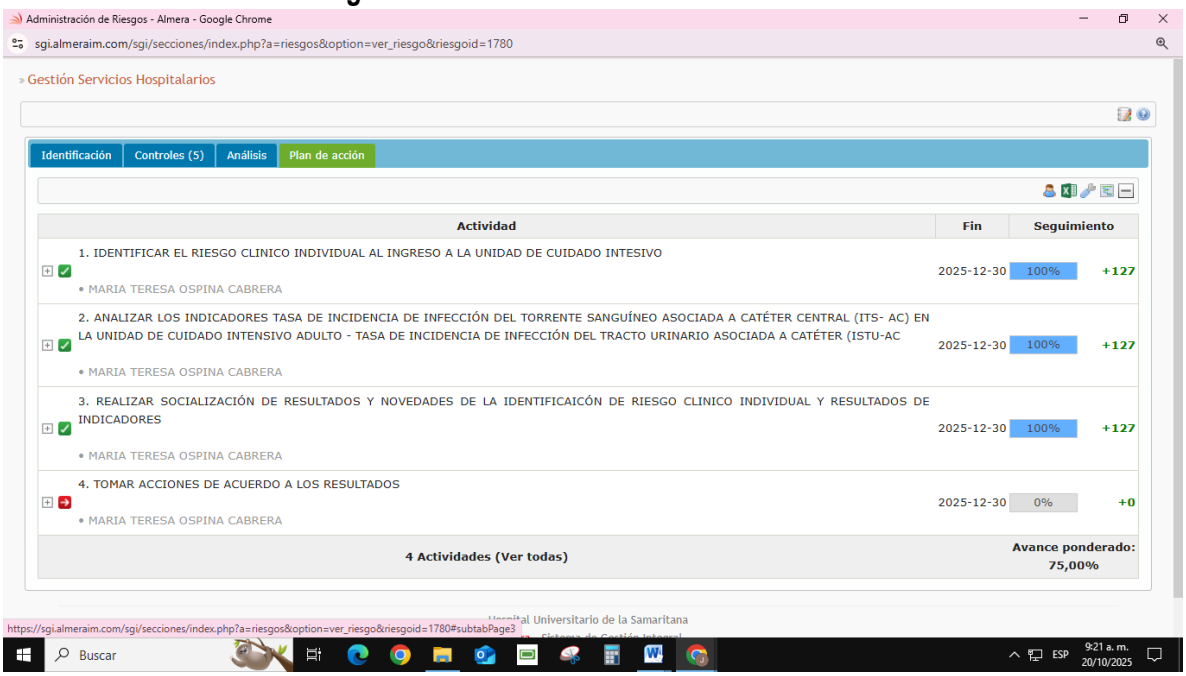
GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH22063					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
PH22063	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad de que los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos presenten infecciones (neumonía asociada ventilación mecánica, bacteremia asociada a catéter venoso, infección urinaria asociada a sonda vesical) por fallas en la atención en salud debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos e inadecuada aplicación del paquete instruccional (reducir riesgo de atención del paciente crítico)	Cumple	No aplica	Posibilidad de que los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos presenten infecciones (neumonía asociada ventilación mecánica, bacteremia asociada a catéter venoso, infección urinaria asociada a sonda vesical) por fallas en la atención en salud debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos e inadecuada aplicación del paquete instruccional (reducir riesgo de atención del paciente crítico)

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH22063				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3292212	Revision y retroalimentación de los indicadores de lavado manos reportados y analizados por la lider del programa correspondientes a las UCI, en los comités primarios mensuales del servicio y toma de decisiones de acuerdo a los resultados.	Cumple	No aplica	Revision y retroalimentación de los indicadores de lavado manos reportados y analizados por la lider del programa correspondientes a las UCI, en los comités primarios mensuales del servicio y toma de decisiones de acuerdo a los resultados.

3302212	Revision y retroalimentación de de porcentaje de adherencia a medidas de aislamiento de Cuidado Intensivo en los comités primarios mensuales del servicio, y toma de decisiones de acuerdo a los resultados.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define responsable ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El jefe o coordinador del área debe realizar la revisión y retroalimentación del porcentaje de adherencia a medidas de aislamiento en UCI en los comités primarios mensuales del servicio, y tomar decisiones de acuerdo a los resultados. Periodicidad: mensual. Medio de verificación: actas de comité y reportes de adherencia.
3312212	Evaluación diaria en revista medica de la posibilidad de retiro de los dispositivos medicos	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define responsable ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El jefe o coordinador del área debe garantizar la evaluación diaria en revista médica de la posibilidad de retiro de los dispositivos médicos, registrando las decisiones en la evolución médica. Periodicidad: diaria. Medio de verificación: registro en historia clínica.
3352212	La subdirectora de UCI realiza de manera trimestral el análisis del indicador de porcentaje de PROPORCION DE DIAS DE PACIENTES CON CABECERA A 30 GRADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS de acuerdo a los datos obtenidos a través de la observación realizada por parte del equipo interdisciplinario y toma las acciones pertinentes.	Cumple	No aplica	La subdirectora de UCI realiza de manera trimestral el análisis del indicador de porcentaje de PROPORCION DE DIAS DE PACIENTES CON CABECERA A 30 GRADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS de acuerdo a los datos obtenidos a través de la observación realizada por parte del equipo interdisciplinario y toma las acciones pertinentes.
4922403	Análisis trimestral de los indicadores (TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER CENTRAL (ITS- AC) EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO - TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER (ISTU-AC) EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO - TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR (NAV) EN LA	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define responsable ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El jefe o coordinador del área debe realizar el análisis trimestral de los indicadores (TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER CENTRAL (ITS- AC) EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO - TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER (ISTU-AC) EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO - TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR (NAV) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO) con posterior retroalimentación al equipo y en caso de desviaciones planteamiento de planes de acción o de mejora.			ADULTO), con retroalimentación al equipo y planteamiento de acciones ante desviaciones. Periodicidad: trimestral. Medio de verificación: actas de comité, reportes de indicadores y planes de acción.

Análisis en Almera del Riesgo PH22063:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

Análisis: Para el riesgo con código **PH22063**, se establecieron cuatro (4) actividades; tres de ellas registran un cumplimiento del 100%, mientras que una se encuentra en 0% de avance, con fecha de finalización programada para el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **75,00%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento alto. Se evidencia un desarrollo significativo en la identificación del riesgo clínico individual, el análisis de indicadores y la socialización de resultados. Se sugiere priorizar la ejecución y cierre oportuno de la actividad pendiente, con el fin de garantizar el cumplimiento total de las acciones planificadas y la continuidad en la gestión del riesgo clínico en la unidad de cuidado intensivo.

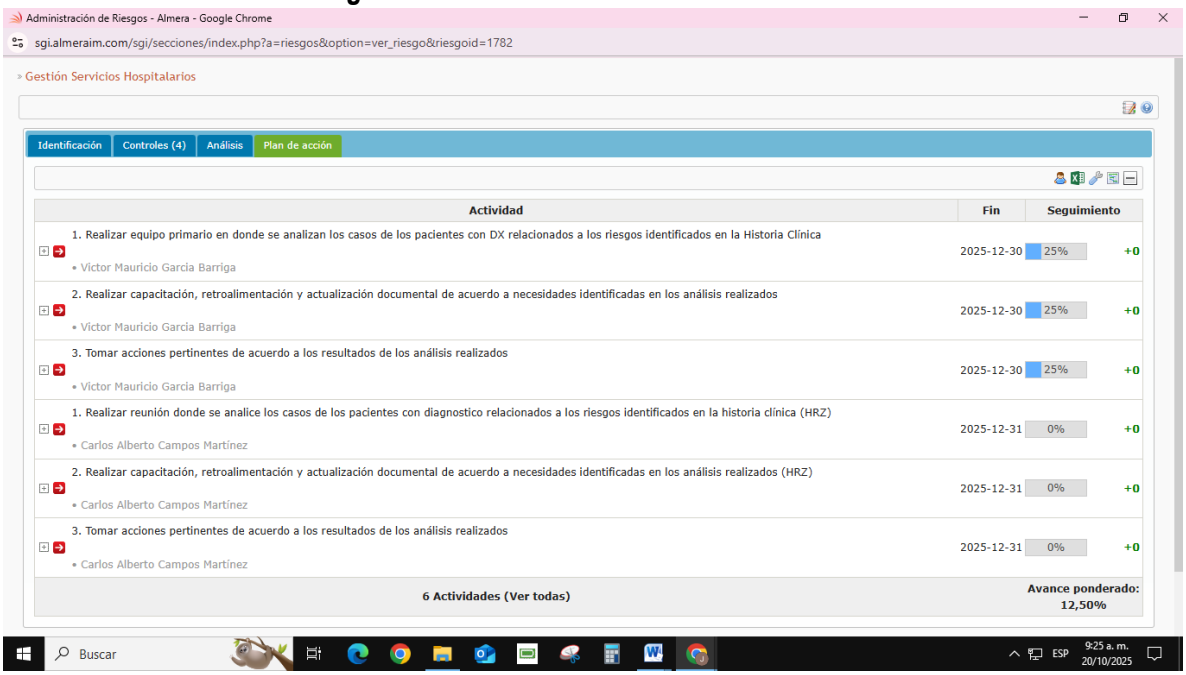
GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH22064					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**

PH22064	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad que los neonatos tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías (displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía de la prematuridad y sepsis tardía) por fallas en la atención debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, falla en la identificación del Riesgo individual, Falla en la comunicación del equipo de salud, Inadecuada aplicación de paquetes instruccionales y débil articulación con los programas de promoción y prevención establecidas y rutas implementadas.	Cumple	No aplica	Posibilidad que los neonatos tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías (displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía de la prematuridad y sepsis tardía) por fallas en la atención debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, falla en la identificación del Riesgo individual, Falla en la comunicación del equipo de salud, Inadecuada aplicación de paquetes instruccionales y débil articulación con los programas de promoción y prevención establecidas y rutas implementadas.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH22064				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
3382308	El líder de neonatos realiza equipo primario de mejoramiento mensual, donde se analizan los casos de los pacientes con DX relacionados a los riesgos identificados en la Historia Clínico, buscando posibles fallas en la atención dejando registro en las actas de reunión, de iguala manera se toman decisiones o se define realizar la investigación más profunda.	Cumple	No aplica	El líder de neonatos realiza equipo primario de mejoramiento mensual, donde se analizan los casos de los pacientes con DX relacionados a los riesgos identificados en la Historia Clínico, buscando posibles fallas en la atención dejando registro en las actas de reunión, de iguala manera se toman decisiones o se define realizar la investigación más profunda.
3392308	El líder de neonatos realiza capacitación, retroalimentación y actualización documental de acuerdo a necesidad dejando constancia en actas de los equipos primarios.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada específico, lo que limita la trazabilidad del seguimiento.	El líder de neonatos realiza capacitación, retroalimentación y actualización documental de acuerdo a necesidad, dejando constancia en actas de los equipos primarios. Periodicidad: según plan de capacitación o necesidad detectada. Medio de verificación documentada: actas y listas de asistencia. Evidencia: informes de capacitación o

				actualizaciones documentales.
3402308	El líder de neonatos participa dentro de la ruta de atención materno perinatal en el análisis de casos de alto riesgo identificados en la ruta para definir el curso de atención del paciente en al unidad neonatal.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad ni medio de verificación documentada, lo que afecta la evidencia y trazabilidad del seguimiento.	El líder de neonatos participa dentro de la ruta de atención materno perinatal en el análisis de casos de alto riesgo identificados en la ruta para definir el curso de atención del paciente en la unidad neonatal. Periodicidad: según cronograma o convocatoria de la ruta materno perinatal. Medio de verificación documentada: actas de reunión y reportes de análisis de casos.
3412308	El líder de neonatos realiza Trimestralmente el seguimiento a la identificación de riesgo individual en los pacientes de la unidad neonatal	Cumple	No aplica	El líder de neonatos realiza Trimestralmente el seguimiento a la identificación de riesgo individual en los pacientes de la unidad neonatal

Análisis en Almera del Riesgo PH22064:



Fuente: *Pagina Web Institucional*

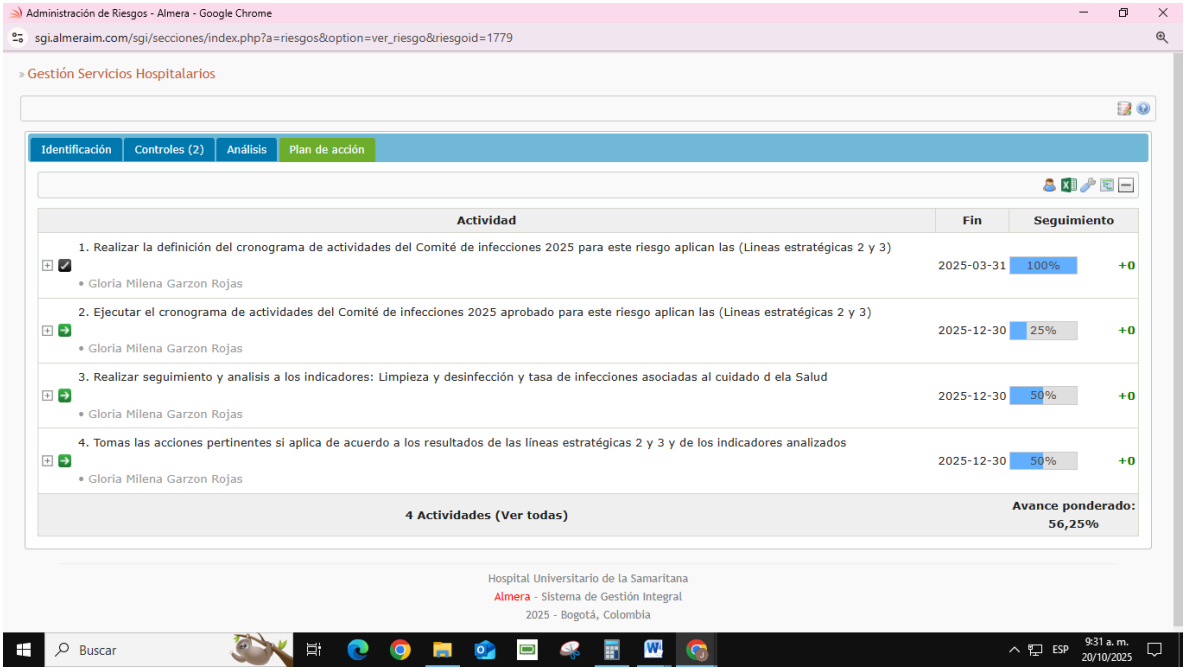
Análisis: Para el riesgo con código **PH22064**, se establecieron seis (6) actividades; tres de ellas registran un avance del 25%, mientras que las restantes se encuentran en 0% de ejecución, con fecha de finalización el 31 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **12,50%**, correspondiente a un nivel de cumplimiento bajo. Se sugiere fortalecer el seguimiento y priorizar el

inicio de las actividades pendientes, de manera que se logre un avance sostenido y el cumplimiento oportuno de los compromisos establecidos en el plan de acción.

GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS RIESGO PH24087					
Código Riesgo	**Proceso**	**Riesgo Original**	**Cumple Riesgo**	**Justificación ajuste de Riesgo (Guía DAFP V7)**	**Riesgo Ajustado**
PH24087	Atención al Paciente Hospitalizado	Posibilidad de afectación económica o reputacional por contaminación ambiental y de equipo, debido a inadecuado proceso de limpieza y desinfección, falta de capacitación y falta de adherencia a protocolos y procedimientos Institucionales y Nacionales.	Cumple	No aplica	Posibilidad de afectación económica o reputacional por contaminación ambiental y de equipo, debido a inadecuado proceso de limpieza y desinfección, falta de capacitación y falta de adherencia a protocolos y procedimientos Institucionales y Nacionales.

EVALUACIÓN DE CONTROLES RIESGO PH24087				
Código (Control)	**Control**	**Cumple Control**	**Justificación ajuste del Control (Guía DAFP V7)**	**Control Ajustado**
5492411	El equipo de programa del comité de infecciones realiza capacitación continua o programa las mismas con representantes externos al personal asistencial y en proceso de formación sobre el respectivo proceso e insumos empleados para el mismo, dejando registro pertinente.	No cumple	Según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19), el control no cumple porque no define periodicidad específica ni medio de verificación documentada, lo que limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento.	El equipo del programa del comité de infecciones realiza capacitación continua o programa las mismas con representantes externos al personal asistencial y en proceso de formación sobre el respectivo proceso e insumos empleados, dejando registro pertinente. Periodicidad: según plan anual de capacitación o necesidad detectada. Medio de verificación documentada: actas, listas de asistencia e informes de capacitación.
5682506	El programa del comité de infecciones de manera mensual realiza la toma de luminometrias verificando así la adherencia al proceso de limpieza y desinfección, para la UCI emplean además el escáner de luz ultravioleta dejando reporte a la jefe de turno para su conocimiento y estos datos se presentan en el comité mensual.	Cumple	No aplica	El programa del comité de infecciones de manera mensual realiza la toma de luminometrias verificando así la adherencia al proceso de limpieza y desinfección, para la UCI emplean además el escáner de luz ultravioleta dejando reporte a la jefe de turno para su conocimiento y estos datos se presentan en el comité mensual.

Análisis en Almera del Riesgo PH24087:



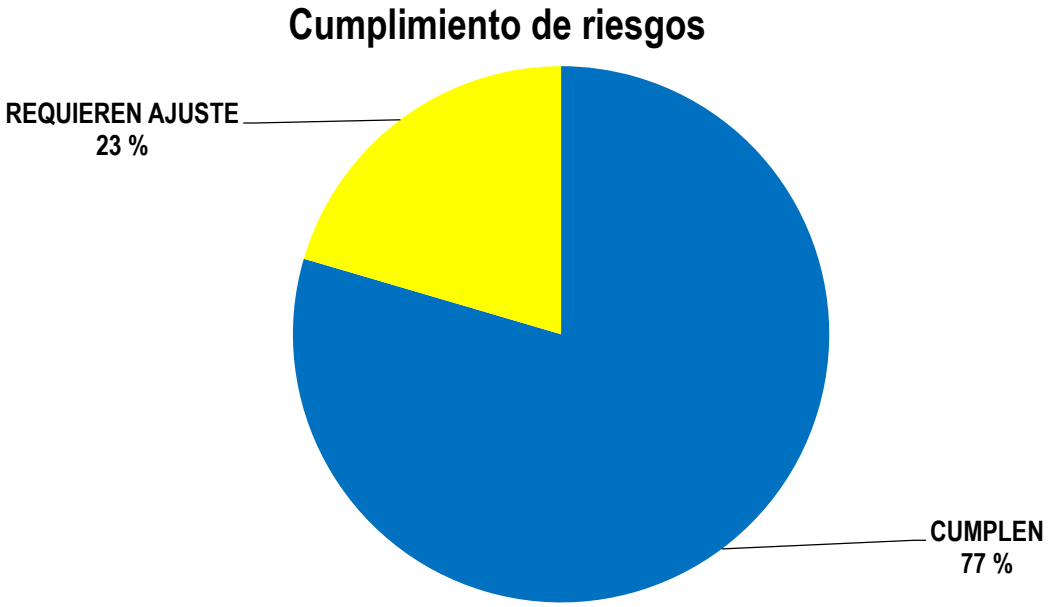
Fuente: *Pagina Web Institucional*

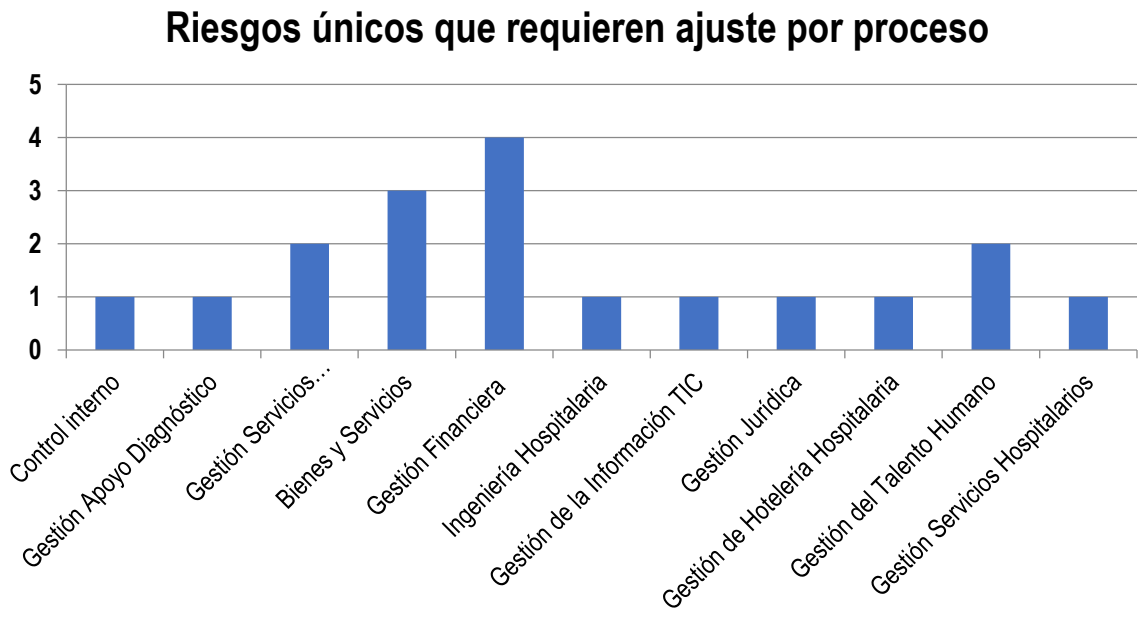
Análisis: Para el riesgo con código **PH24087**, se establecieron cuatro (4) actividades; una de ellas registra un cumplimiento del 100%, mientras que las restantes presentan avances del 25% y 50%, con fecha de finalización programada para el 30 de diciembre de 2025. El avance ponderado general es del **56,25%**, lo que corresponde a un nivel de cumplimiento medio. Se sugiere mantener el seguimiento periódico y asegurar la culminación oportuna de las actividades pendientes, con el fin de consolidar la efectividad de las líneas estratégicas 2 y 3 y fortalecer la gestión institucional en el control de infecciones.

1.8.22. Consolidado general de riesgos – Matriz Institucional 2025

TOTAL RIESGOS		
PROCESO	**N. de riesgos en la Matriz de riesgos Institucionales 2025 (Pagina Web)**	**N. de riesgos en la Matriz de riesgos Institucionales 2025 que requieren ajuste**
Control Interno	2	1
Gestión de Apoyo Diagnostico	3	1
Atención al Usuario, Familia y Comunidad	1	0
Gestión Servicios Complementarios	6	2
Docencia, innovación y gestión del conocimiento	3	0
Bienes y Servicios	6	3
Gestión Integrada de la Calidad	5	0

TOTAL RIESGOS		
PROCESO	**N. de riesgos en la Matriz de riesgos Institucionales 2025 (Pagina Web)**	**N. de riesgos en la Matriz de riesgos Institucionales 2025 que requieren ajuste**
Gestión Estratégica	1	0
Gestión Financiera	12	4
Ingeniería Hospitalaria	4	1
Gestión de la Información TIC	4	1
Gestión Jurídica	3	1
Gestión de Servicios Quirúrgicos	2	0
Gestión de Hotelería Hospitalaria	3	1
Inteligencia de Mercados	3	0
Gestión de Servicios Ambulatorios	1	0
Gestión de Servicios Hospitalarios	7	1
Gestión Servicio de Urgencias	3	0
Gestión de Salud Publica	3	0
Gestión de Tecnología Biomédica	2	0
Gestión del Talento Humano	4	2
TOTAL	**78**	**18**



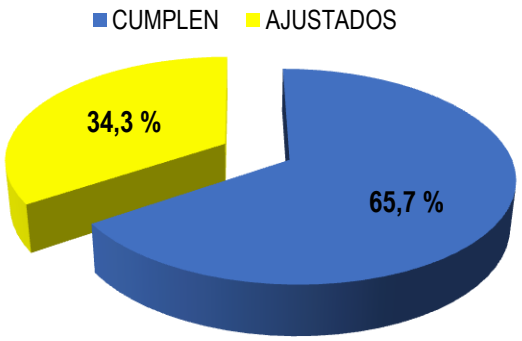


1.8.23. Consolidado general de controles – Matriz Institucional 2025

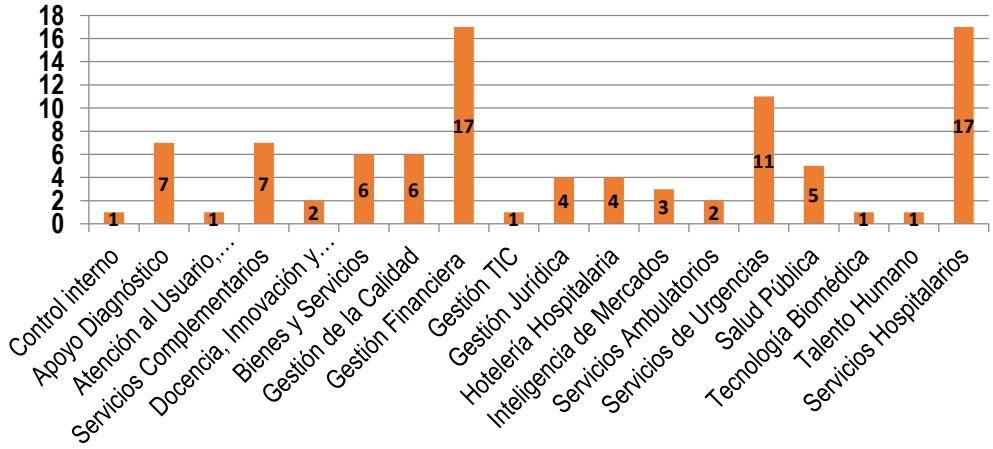
TOTAL CONTROLES		
PROCESO	**N. de controles en la Matriz de riesgos Institucionales 2025 (Pagina Web)**	**N. de controles de los riesgos Institucionales 2025 que requieren ajuste**
Control Interno	5	1
Gestión de Apoyo Diagnostico	19	7
Atención al Usuario, Familia y Comunidad	8	1
Gestión Servicios Complementarios	23	7
Docencia, innovación y gestión del conocimiento	7	2
Bienes y Servicios	22	6
Gestión Integrada de la Calidad	17	6
Gestión Estratégica	2	0
Gestión Financiera	34	17
Ingeniería Hospitalaria	10	0
Gestión de la Información TIC	14	1
Gestión Jurídica	8	4
Gestión de Servicios Quirúrgicos	6	0
Gestión de Hotelería Hospitalaria	8	4
Inteligencia de Mercados	6	3
Gestión de Servicios Ambulatorios	8	2

TOTAL CONTROLES		
PROCESO	**N. de controles en la Matriz de riesgos Institucionales 2025 (Pagina Web)**	**N. de controles de los riesgos Institucionales 2025 que requieren ajuste**
Gestión de Servicios Hospitalarios	34	17
Gestión Servicio de Urgencias	21	11
Gestión de Salud Publica	11	5
Gestión de Tecnología Biomédica	7	1
Gestión del Talento Humano	9	1
TOTAL	**279**	**96**

Cumplimiento de controles



Controles ajustados por proceso



1.9. Encuesta "Gestión de Riesgos Institucionales. Vigencia 2025"

Mediante el comunicado Orfeo CI2025500000353, del 15 de octubre de 2025, y el correo electrónico enviado esa misma fecha, se compartió la encuesta titulada "Gestión de Riesgos Institucionales. 2025". Dicha encuesta fue aplicada durante una reunión remota llevada a cabo el 17 de octubre de 2025, en el horario de 10:10 a.m. a 11:10 a.m, a través del enlace: *https://meet.google.com/uzp-stza-*yyq. Se citaron a setenta y nueve (79) responsables de todos los procesos, de los cuales cuarenta y siete (47) diligenciaron la encuesta, lo que equivale al 59% de los procesos socializados.

Los responsables de procesos que representan el 41% restante y que no respondieron la encuesta fueron los siguientes:

RESPONSABLES DE PROCESO NO PRESENTARON ENCUESTA	
1	Andres Enrique Jiménez Burgos - Profesional de sistemas de información
2	Ángela María del Pilar Gómez Vargas - Gestión de servicios Ambulatorio
3	Carmen Yamile Gómez Rodríguez - Líder de Proyecto de Nutrición
4	Cesar Esteban Ricaurte Romero - Gestión Integrada de la Calidad
5	Claudia Pilar Contreras Contreras - Gestión de la información
6	Claudia Yadira Cifuentes Sosa - Líder Proyecto Almacén General
7	Cristian Camilo Jiménez Ibáñez - Gestión de Apoyo diagnostico
8	Cuenta Investigación Medica
9	Dania Lizzeth Bello Parra - Ingeniera ambiental
10	Eslendy Yinet Robayo Muñoz - Gestión Integrada de la Calidad
11	German Fabián Cendales Castellanos - Líder estadística
12	Javier Prieto Rodríguez - Gestión de la información
13	Jenny Marcela Muñoz Cuervo - Líder de esterilización
14	Jesus Alfonso Cruz Vargas - Subdirector Cirugía General
15	Jonier Ovidio Rivera Castañeda - Ingeniería Hospitalaria
16	Karen Sofía Caviedes Paez - Gestión Integrada de la Calidad
17	Laura Camila Buitrago Bulla - Atención al usuario familia y la comunidad
18	Liby Paola Parada Castro - Líder terapias
19	Líder Centro de Salud (COGUA)
20	Líder Puesto de Salud (SAN CAYETANO)
21	Lina María Morales Camacho - Líder patología
22	Magda Bibiana Rodríguez Rodríguez - Nutricionista
23	María Isabel Ramírez Plazas - Líder salud pública
24	Martha Cecilia Arias Portillo - Proceso Gestión de Salud Pública
25	Nubia del Carmen Guerrero Preciado - Directora Atención al Usuario
26	Omar Alberto Vargas Angarita - Bienes y servicios
27	Ruth Mery López Yucuma - Analista De Cuentas Médicas

28	Sharon Yinibeth Pineda Caicedo - Líder de farmacia
29	Subdirección Hotelería
30	Tatiana Milena Linero Gonzalez - Coordinadora imágenes de la sabana
31	Wanderley Orjuela Barreto - Líder de Proyecto de Farmacia
32	Wilmar Fernando Jiménez Guerrero - Bienes y servicios

Se realizó el análisis de las respuestas proporcionadas por los responsables de proceso a las quince (15) preguntas formuladas, de las cuales diez (10) fueron de selección múltiple con única respuesta y cinco (5) de carácter abierto. Una vez tabulada y calificada se obtuvieron los siguientes resultados:

1.9.1. Tabulación de las respuestas

A continuación se relacionan las respuestas entregadas por cada uno de los procesos a las preguntas de selección múltiple con única respuesta:

No.	Preguntas de selección múltiple	% de Asertividad en general
1	¿Cuál es el documento institucional que establece la Política de Administración del Riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana?	**95,7 %**
2	¿Cuál es el documento institucional que establece la metodología y herramientas para la administración del riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana?	**83 %**
3	¿Cuál es la principal norma que orienta la gestión del riesgo en las entidades públicas colombianas?	**53,2 %**
4	¿Cuál es la dependencia responsable de coordinar metodológicamente el proceso de administración del riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana?	**87,2 %**
5	Seleccione los tres aspectos más importantes que debe contener la redacción de un riesgo, de acuerdo con el Manual Integral de Riesgos y la Guía DAFP V7 (2025), según la estructura del riesgo:	**80,9 %**
6	¿Cuál es el objetivo principal del seguimiento a los planes de acción asociados a riesgos institucionales?	**95,7 %**
7	¿Cuáles son las fases que componen la metodología de administración del riesgo adoptada por la entidad, según la Guía DAFP V7 (2025)?	**89,4 %**
9	¿Cuándo debe actualizarse un riesgo institucional en el Hospital Universitario de la Samaritana, según la metodología adoptada por la entidad?	**68,1 %**
10	Según la Guía DAFP V7 (2025), ¿cuáles son los elementos mínimos que debe contener un control para considerarse efectivo y trazable?	**100 %**

12	¿Cuántos riesgos contiene la Matriz de Riesgos Institucionales 2025 del Hospital Universitario de la Samaritana?	**70,2 %**

Las calificaciones por proceso se distribuyen de la siguiente manera:

Procesos	% Respuestas Correctas
Elizabeth Castillo Fetecua - Líder trabajo social	**73,3 %**
Heydi Xiomara Acero Paez - Líder de almacén	**73,3 %**
Karla Paola Corredor Salazar - Gestión de servicios Quirúrgicos	**73,3 %**
Paola Margarita Martínez Sierra - Gestión salud pública	**73,3 %**
Andrea Corredor Garnica - Coordinadora auditoría médica	**80 %**
Jenny Paola Alonso Luengas - Líder de enfermería	**80 %**
Luisa Alejandra Espinosa Polo - Gestión de servicios Quirúrgicos	**80 %**
María Angelica Forero Ahumada - Gestión de la información	**80 %**
María Teresa Ospina Cabrera - Subdirector Unidad de Cuidado Intensivo	**80 %**
Miller Ahumada Cufiño - Ingeniería hospitalaria	**80 %**
Omar Roberto Peña Díaz - Subdirector Ortopedia	**80 %**
Sonia Mayerly González Forigua - Líder laboratorio	**80 %**
Adriana Vanessa Caballero Hernandez - Coordinadora de Apoyo y Enlace Administrativo Sede HR Y UF Zipaquirá	**86,7 %**
Alexandra Beltran Suarez - Proceso Gestión Servicios Ambulatorios	**86,7 %**
Ana María Villegas - Líder de seguridad del paciente	**86,7 %**
Carlos Fernando Gonzalez Prada - Director Administrativo	**86,7 %**
Jenny Alexandra Wagner - Bacterióloga	**86,7 %**
Keile Jessel Rondon Esquivel - Proceso Gestión Servicios de Urgencias	**86,7 %**
Luisa Alejandra Pardo Rico - Proceso Gestión Servicios Hospitalarios	**86,7 %**
Margaret lizbet Montero Moreno - Líder unidad quirúrgica	**86,7 %**
María Marcela Jiménez - Líder consulta externa	**86,7 %**
Martha Lucia Gonzalez - Talento Humano y Gestión de Hotelería Hospitalaria	**86,7 %**
Marylin Daniela Rodríguez Jiménez - Líder biomédica	**86,7 %**
Ruben Mauricio Urrego Moscoso - Líder de urgencias	**86,7 %**
William Mauricio Riveros - Subdirector Neurocirugía	**86,7 %**
Ana Carolina Serna Rubio - Coordinadora Sede UF Zipaquirá	**93,3 %**
Ángela Daniela Pastrana Gonzalez - Profesional en gestión del riesgo	**93,3 %**
Angelica María Gómez Nova - Líder de facturación	**93,3 %**
Carlos Harvey Jaimes - Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos	**93,3 %**

Carlos Julio Garcia Perlaza - Subdirector Ginecología	**93,3 %**
Clery Luz Tarapues - Líder Proyecto (e) Cuentas Medicas	**93,3 %**
Edgar Humberto Rodríguez Benavides - Jefe Oficina Asesora Jurídica (E) y Líder Proyecto Control Interno Disciplinario	**93,3 %**
Gabriel Ángel Ramírez Barboza - Proceso Bienes y Servicios	**93,3 %**
Gustavo Axel Vargas Galindo - Director Científico	**93,3 %**
Jeffrey Manolo Torres Valladares - Proceso Ingeniería Hospitalarias	**93,3 %**
Laura Ximena Pachón Pachón - Líder de hotelería	**93,3 %**
Luz Dary Ruiz Romero - Subdirectora de Personal	**93,3 %**
Nestor Andres Rodríguez Ordoñez - Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá	**93,3 %**
Paola Alejandra Pineda Garzón - Gestión de servicios Ambulatorio	**93,3 %**
Ruth Margoth Rojas Rodríguez - Proceso Apoyo Diagnóstico	**93,3 %**
Solanyi Esperanza Garzón Ávila - Proceso Inteligencia de Mercados	**93,3 %**
Yamile Andrea Ubaque Rodríguez - Proceso Gestión Servicios Complementarios	**93,3 %**
Juan Carlos Molina Guevara - Proceso Tecnología Biomédica	**100 %**
Leonardo Duarte Díaz - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	**100 %**
Luis Augusto Olaya Palacios - Proceso Gestión de la Información TIC	**100 %**
Marlesby Sotelo Puerto - Subdirectora Contabilidad	**100 %**
Yanet Cristina Gil Zapata - Directora Financiera	**100 %**

A continuación, se presenta el resumen de las respuestas proporcionadas a las preguntas abiertas:

Pregunta 8. ¿Se ha materializado algún riesgo en su proceso durante la vigencia 2025? En caso afirmativo, indique cuál y describa brevemente las acciones implementadas. En caso contrario, escriba "N/A".

Durante la aplicación de la encuesta, ocho procesos reportaron la materialización de riesgos en la vigencia 2025. A continuación, se describen los casos informados:

- Gestión de la Información TIC reportó la materialización del riesgo asociado al acceso indebido a los sistemas de información y a la reducción en los tiempos de inactivación automática de usuarios, lo cual representa una posible vulnerabilidad en la seguridad informática institucional.
- Gestión de Servicios Hospitalarios informó la posibilidad de que neonatos presenten complicaciones clínicas derivadas de fallas en la atención por no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, situación que evidencia la necesidad de fortalecer los controles asistenciales y la supervisión del cumplimiento de las guías clínicas.
- Unidad de Cuidado Intensivo (Subdirección UCI) señaló un riesgo relacionado con casos de neonatos, frente a lo cual se ejecutaron planes de mejoramiento coordinados entre

Hospitalización – Neonatos y el Comité de Infecciones, orientados a reforzar la atención y el control de eventos clínicos.

- Gestión de Hotelería Hospitalaria reportó la fuga de pacientes, ante lo cual se adelantó la actualización del procedimiento de ingreso y egreso para mitigar la recurrencia del evento.
- Talento Humano también hizo referencia a fugas de pacientes del proceso de hotelería, evidenciando la interrelación entre procesos y la necesidad de coordinación para fortalecer los controles.
- Atención al Usuario, Familia y Comunidad (Trabajo Social) informó la no oportunidad en la respuesta a una PQRSDF, lo que pone de manifiesto la importancia de reforzar los tiempos y canales de gestión de solicitudes.
- Planeación identificó materialización de riesgos en los procesos de Hotelería, Atención al Usuario y Gestión de la Información, sin detallar las causas específicas, pero señalando impactos en la articulación interprocesos.
- Sede UF Zipaquirá (Coordinación) reportó fugas e identificación del servicio, fallas en el proceso y acciones de mejora en curso, con seguimiento activo a la efectividad de las medidas implementadas.

En conclusión, la información recopilada evidencia que los riesgos materializados se relacionan principalmente con la seguridad de la información, la adherencia a protocolos asistenciales, la gestión interprocesos y la oportunidad en la atención al usuario.

Se recomienda, con el acompañamiento de la Oficina de Gestión Integrada de la Calidad, realizar un análisis de causa raíz de cada evento reportado, así como verificar la efectividad y sostenibilidad de los controles implementados o actualizados, garantizando que contribuyan a prevenir la reincidencia y a fortalecer la gestión institucional del riesgo.

Además de los casos reportados por los líderes de proceso en la encuesta, durante el desarrollo de la auditoría se identificaron otros eventos que confirman la materialización de riesgos institucionales, los cuales se detallan a continuación:

- Gestión de la Información TIC: interrupción de los servicios de correo y aplicaciones de Google el 29 de septiembre, lo que afectó la disponibilidad de la información institucional.
- Gestión Financiera y Farmacia: pérdida de inventario de medicamentos controlados y extravío de 30 ampolletas de Ceftazidima/avibactam el 30 de diciembre de 2024, con impacto económico cubierto por la empresa temporal (aprox. $11 millones).
- Gestión de Servicios Hospitalarios / UCI: eventos clínicos en neonatos derivados de fallas asistenciales, con ejecución de planes de mejora.
- Gestión de Hotelería Hospitalaria: eventos de fuga de pacientes y presencia de roedores en el edificio administrativo, lo que exige reforzar los controles operativos y de saneamiento.
- Oficina de Control Interno: materialización del riesgo CI24081, asociado a la posibilidad de afectación económica y reputacional por la emisión de un informe de auditoría con información parcial o inconsistente, debido a errores en la información reportada por el

proceso auditado (Dirección Administrativa, Auditoría de Austeridad del Gasto, primer trimestre de 2025).

En conclusión, durante la vigencia 2025 la entidad evidenció una mayor transparencia y madurez en el reconocimiento de eventos de riesgo, reflejando avances frente a la vigencia anterior. Sin embargo, se requiere fortalecer los mecanismos de análisis de causa raíz, el registro sistemático de incidentes y el seguimiento a la efectividad de los controles, con acompañamiento de la Oficina de Gestión Integrada de la Calidad, para garantizar la sostenibilidad de las acciones implementadas y prevenir la reincidencia de los eventos.

Los casos reportados por los líderes de proceso en esta pregunta fueron posteriormente analizados, junto con otros eventos internos identificados por la Oficina de Control Interno, con el fin de establecer su correspondencia con la Matriz Institucional de Riesgos 2025. El análisis consolidado se presenta en el capítulo 3 del presente informe.

Pregunta 11. ¿Qué tan útil considera la plataforma ALMERA para la consulta, seguimiento y actualización de los riesgos de su proceso? Justifique brevemente su respuesta.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, la mayoría de los líderes de proceso consideran que la plataforma Almera es una herramienta altamente útil y funcional para la consulta, seguimiento y actualización de los riesgos institucionales, destacando principalmente su capacidad para centralizar la información, mantener la trazabilidad de los controles y facilitar la actualización en tiempo real.

Los líderes de proceso resaltan que Almera contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, al permitir la visualización de los riesgos por proceso, la consulta de mapas de calor, la gestión de planes de acción y la generación de reportes automáticos que apoyan la toma de decisiones. Asimismo, se reconoce que su estructura está alineada con la metodología definida por el DAFP, lo que garantiza la estandarización y cumplimiento de los lineamientos de MIPG y la Guía DAFP V7 (2025).

Entre los aspectos positivos más mencionados se destacan:

- Centralización y trazabilidad de la información institucional.
- Facilidad de acceso, consulta y uso.
- Disponibilidad de información en tiempo real.
- Apoyo a la toma de decisiones y transparencia.
- Contribución al cumplimiento normativo y fortalecimiento de la gestión del riesgo.

Por otra parte, algunos líderes manifestaron la necesidad de capacitaciones adicionales o acompañamiento técnico para aprovechar todas las funcionalidades del sistema, especialmente en lo relacionado con la formulación y seguimiento de controles y planes de acción.

En general, el análisis cualitativo de las respuestas evidencia una percepción positiva generalizada sobre el uso de la plataforma Almera, reconociéndola como una herramienta tecnológica clave para la gestión del riesgo institucional, que optimiza los procesos de seguimiento, control y mejora continua en el Hospital.

Pregunta 13. ¿Qué ejes de acreditación en salud considera que se articulan directamente con esta auditoría de gestión de riesgos?

Del análisis de las respuestas, se evidencia una alta coherencia entre los líderes de proceso en torno a la relación directa entre la auditoría de gestión de riesgos y los principales ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud, especialmente aquellos vinculados con la seguridad del paciente, la gestión del riesgo, el mejoramiento continuo de la calidad y la gestión clínica.

Los participantes destacan que la auditoría de gestión de riesgos fortalece la cultura de seguridad, la toma de decisiones basadas en evidencia y la sostenibilidad del sistema de calidad, articulándose de manera transversal con los componentes estratégicos, asistenciales y administrativos de la acreditación.

Los ejes más mencionados por los encuestados fueron:

- Gestión del riesgo (mencionado por el 100% de los participantes).
- Seguridad del paciente (mencionado por el 95% de los participantes).
- Gestión de la calidad y mejoramiento continuo (mencionado por el 85% de los participantes).
- Gestión clínica y organizacional (mencionado por el 70% de los participantes).
- Transformación cultural y liderazgo institucional (mencionado por el 55% de los participantes)
- Gestión de la tecnología y responsabilidad social (mencionado por el 40% de los participantes).
- Humanización de la atención (mencionado por el 35% de los participantes).

Estos resultados reflejan que la auditoría de gestión de riesgos es percibida como un eje articulador dentro del proceso de acreditación, al promover la identificación oportuna de eventos adversos, la prevención de fallas en la atención, el cumplimiento normativo y el mejoramiento de la calidad en la atención al usuario. Algunos líderes resaltan además que esta auditoría contribuye a consolidar una cultura organizacional basada en la gestión proactiva del riesgo y la transparencia, reforzando el compromiso institucional con la excelencia y la seguridad del paciente.

1.9.2. Respuestas a preguntas formuladas en la encuesta

Las respuestas correctas de la encuesta mencionada son:

Pregunta 1. ¿Cuál es el documento institucional que establece la Política de Administración del Riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana?
Respuesta correcta: **a)** 01GES03-V7 – Política de Administración del Riesgo

Pregunta 2. ¿Cuál es el documento institucional que establece la metodología y herramientas para la administración del riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana?
Respuesta correcta: **d)** 01GIC14-V4 – Manual Integral de Riesgos

Pregunta 3. ¿Cuál es la principal norma que orienta la gestión del riesgo en las entidades públicas colombianas?
Respuesta correcta: **c)** Guía de Administración del Riesgo – DAFP Versión 7 (2025)

Pregunta 4. ¿Cuál es la dependencia responsable de coordinar metodológicamente el proceso de administración del riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana?
Respuesta correcta: **d)** Oficina Asesora de Planeación

Pregunta 5. Seleccione los tres aspectos más importantes que debe contener la redacción de un riesgo, de acuerdo con el Manual Integral de Riesgos y la Guía DAFP V7 (2025), según la estructura del riesgo:
Respuesta correcta: **a)** Causa, evento y consecuencia

Pregunta 6. ¿Cuál es el objetivo principal del seguimiento a los planes de acción asociados a riesgos institucionales?
Respuesta correcta: **c)** Evaluar la efectividad de los controles implementados

Pregunta 7. ¿Cuáles son las fases que componen la metodología de administración del riesgo adoptada por la entidad, según la Guía DAFP V7 (2025)?
Respuesta correcta: **c)** Contexto, identificación, valoración, tratamiento y seguimiento

Pregunta 8. ¿Se ha materializado algún riesgo en su proceso durante la vigencia 2025?
En caso afirmativo, indique cuál y describa brevemente las acciones implementadas. En caso contrario, escriba "N/A".
Respuesta Abierta

Pregunta 9. ¿Cuándo debe actualizarse un riesgo institucional en el Hospital Universitario de la Samaritana, según la metodología adoptada por la entidad?
Respuesta correcta: **c)** De forma periódica y también cuando se materializa un riesgo

Pregunta 10. Según la Guía DAFP V7 (2025), ¿cuáles son los elementos mínimos que debe contener un control para considerarse efectivo y trazable?
Respuesta correcta: **b)** Responsable, periodicidad y medio de verificación documentado

Pregunta 11. ¿Qué tan útil considera la plataforma ALMERA para la consulta, seguimiento y actualización de los riesgos de su proceso? Justifique brevemente su respuesta.
Respuesta Abierta

Pregunta 12. ¿Cuántos riesgos contiene la Matriz de Riesgos Institucionales 2025 del Hospital Universitario de la Samaritana?
Respuesta correcta: **c)** 78 riesgos

Pregunta 13. ¿Qué ejes de acreditación en salud considera que se articulan directamente con esta auditoría de gestión de riesgos?
Respuesta Abierta

Pregunta 14. Desde su experiencia, ¿cuáles considera que son las principales fortalezas en la gestión de riesgos del proceso al que pertenece?
Respuesta Abierta

Pregunta 15. ¿Cuáles considera que son las principales debilidades en la gestión de riesgos de su proceso?
Respuesta Abierta

1.9.3. Fortalezas y debilidades detectadas

En desarrollo de la encuesta aplicada, se consultó a los líderes de proceso sobre las principales fortalezas y debilidades relacionadas con la gestión de riesgos institucional. A continuación, se presenta el consolidado de las respuestas, en el cual se agrupan las tendencias más recurrentes identificadas entre los diferentes procesos.

Fortalezas	Debilidades
• Cultura organizacional orientada a la prevención, con participación activa en la identificación y actualización de riesgos. • Uso de la plataforma Almera, que facilita trazabilidad, seguimiento y toma de decisiones basadas en datos. • Compromiso y liderazgo del personal en la gestión del riesgo y la mejora continua. • Seguimiento periódico a indicadores, controles y planes de mejoramiento, evidenciando madurez institucional. • Articulación efectiva entre áreas y sedes, con comunicación y coordinación preventiva. • Metodologías estandarizadas y controles tecnológicos que garantizan coherencia en la aplicación del modelo. • Fortalecimiento de competencias mediante formación, apoyo técnico y acompañamiento institucional. • Predomina el autocontrol y la evaluación crítica en los procesos, promoviendo mejora continua. • Decisiones basadas en información verificable, fortaleciendo la gestión preventiva y el cumplimiento de objetivos.	• Alta carga operativa de líderes, que limita seguimiento y actualización oportuna de riesgos. • Rezagos en actualización de información y persistencia de gestión manual. • Brechas en conocimiento metodológico y cultura institucional heterogénea frente al riesgo. • Déficit de talento humano, alta rotación y limitaciones tecnológicas e infraestructurales. • Variabilidad en la periodicidad y sistematicidad del seguimiento a controles y planes. • Factores externos (financieros, de suministro o sectoriales) que inciden en la materialización de riesgos. • Fallas de coordinación y comunicación entre áreas relacionadas. • Restricciones presupuestales que afectan renovación y mantenimiento de equipos. • Requiere fortalecerse la documentación y trazabilidad de las acciones correctivas y preventivas.

Entre las principales fortalezas identificadas en la gestión de riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se destaca la consolidación de una cultura institucional orientada a la prevención, el compromiso del personal en la identificación y seguimiento de los riesgos, y el uso de la plataforma Almera como herramienta central para la trazabilidad, actualización y control de los planes de acción. Estas prácticas reflejan madurez en la gestión y deben mantenerse mediante

programas continuos de formación, acompañamiento técnico y fortalecimiento del autocontrol en todos los niveles del proceso.

No obstante, se evidencian debilidades que requieren atención, como la alta carga operativa de los líderes de proceso, la variabilidad en el seguimiento de los controles, la persistencia de registros manuales y la falta de homogeneidad en la apropiación de la metodología de gestión del riesgo. Se sugiere reforzar los espacios de capacitación, promover la articulación interprocesos y optimizar los mecanismos de seguimiento documentado, asegurando la sostenibilidad, oportunidad y efectividad del Sistema de Gestión del Riesgo Institucional.

1.10. Indicadores del proceso auditado

En el marco de la auditoría al sistema de gestión del riesgo institucional, se realizó la verificación de los indicadores que permiten evaluar su desempeño y efectividad. A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos en el aplicativo Almera.

1.10.1. Porcentaje de Materialización de Eventos Asociados a Riesgos Priorizados

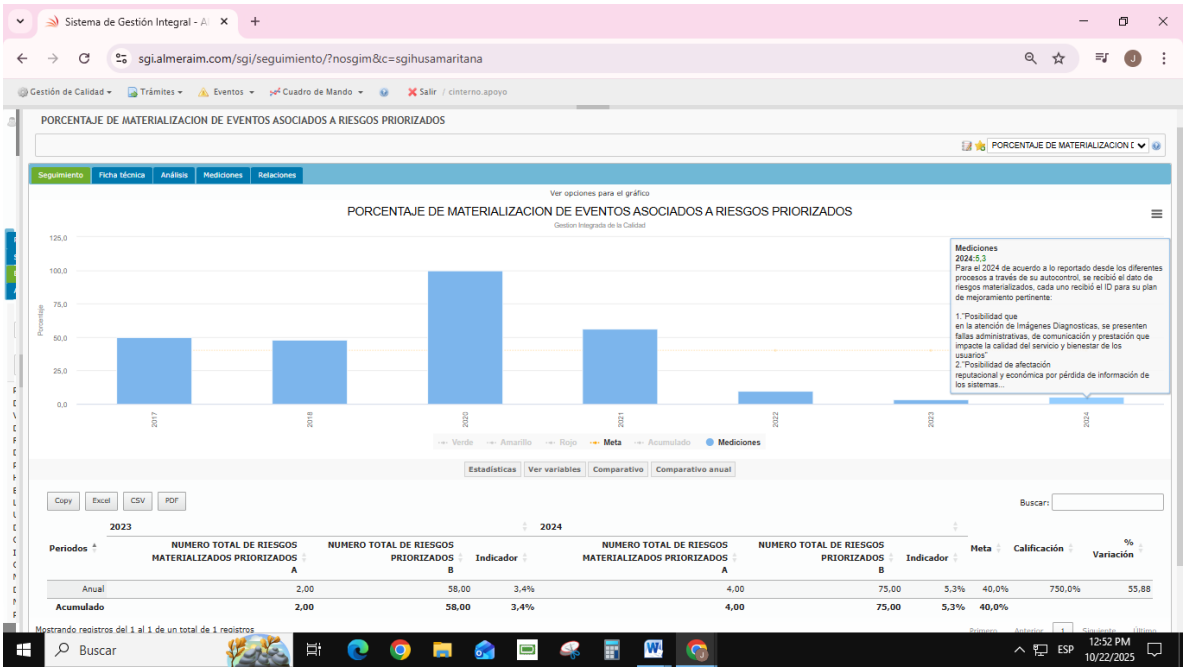
En el sistema de gestión integral Almera se llevó a cabo la verificación de los indicadores institucionales relacionados con la gestión del riesgo. Entre ellos, se identifica como principal el indicador “Porcentaje de materialización de eventos asociados a riesgos priorizados” (código 2123), adscrito al proceso de gestión integrada de la calidad, el cual mide la frecuencia con la que los riesgos priorizados llegan a materializarse, permitiendo evaluar la efectividad de los controles implementados y el nivel de madurez del sistema de gestión del riesgo institucional.

A continuación, se detalla su composición y se muestra la evolución del indicador:

1.10.1.1. Composición del Indicador

Frecuencia	Anual
Objetivo Institucional	Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales que redunden en la gestión clínica y administrativa a través de un sistema de gestión integral de calidad para mejorar la prestación de los servicios.
Variables	1. Número Total de Riesgos Materializados Priorizados.
	2. Número Total de Riesgos Priorizados
Formula	$\left(\frac{\text{Numero total de riesgos materializados priorizados}}{\text{Numero total de riesgos priorizados}}\right) * 100$

1.10.1.2. Resultados del Indicador



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

Vigencia 2024: El indicador de gestión integrada de la calidad, medido anualmente, registró un resultado del **5,3%** frente a una meta del 40%, evidenciando un nivel favorable de materialización de riesgos priorizados, dado que un menor porcentaje refleja mayor efectividad de los controles implementados.

De acuerdo con el reporte institucional, se identificaron cuatro riesgos materializados en diferentes procesos, los cuales fueron gestionados mediante la asignación de su correspondiente plan de mejoramiento en el sistema Almera. Los eventos registrados correspondieron a:

1. Fallas administrativas y de comunicación en el servicio de Imágenes Diagnósticas, que afectaron la calidad del servicio.
2. Pérdida de información en sistemas críticos institucionales, asociada a deficiencias en la gestión de seguridad informática.
3. Fallas en la atención integral del paciente en Consulta Externa, derivadas de cancelaciones y falta de adherencia a procedimientos.
4. Errores en la parametrización de códigos CUPS y CUMS en el sistema Dinámica Gerencial, con posibles impactos en la facturación y cumplimiento normativo.

El comportamiento del indicador permite inferir que la institución mantiene un adecuado control sobre la materialización de sus riesgos críticos. No obstante, los eventos registrados evidencian la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento, la adherencia a los procedimientos institucionales y la trazabilidad documental, especialmente en los procesos asistenciales y de gestión de la información.

1.10.2 Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma del Programa de Gestión del Riesgo

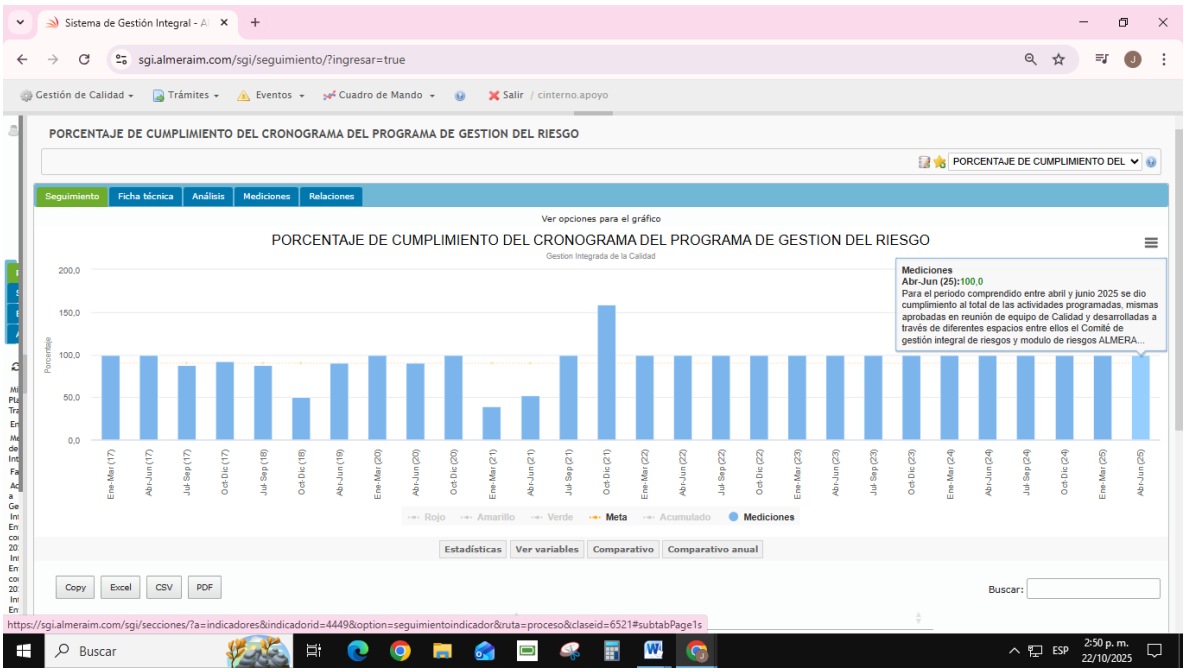
Este indicador permite evaluar el grado de ejecución de las actividades planificadas dentro del programa institucional de gestión del riesgo, verificando su desarrollo conforme a los tiempos, responsables y mecanismos establecidos. Este indicador refleja la capacidad de la entidad para mantener una gestión proactiva y ordenada, garantizando la implementación de las acciones preventivas y correctivas previstas en el marco del sistema de gestión integral.

A continuación, se detalla su composición y se muestra la evolución del indicador:

1.10.2.1. Composición del Indicador

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales que redunden en la gestión clínica y administrativa a través de un sistema de gestión integral de calidad para mejorar la prestación de los servicios.
Variables	1. Número total de actividades realizadas del cronograma de gestión del riesgo
	2. Número total de actividades planeadas en el cronograma de gestión del riesgo
Formula	$\left(\frac{\text{numero total de actividades realizadas del cronograma de gestion del riesgo}}{\text{numero total de actividades planeadas en el cronograma de gestion del riesgo}}\right) * 100$

1.10.2.2. Resultados del Indicador



Fuente: *Aplicativo Almera 2025*

Durante el segundo trimestre de 2025 (abril a junio), el indicador registró un resultado del **100%**, superando la meta establecida (>90%). Este resultado evidencia el desarrollo oportuno de todas las actividades planificadas, las cuales fueron aprobadas en reunión del equipo de calidad y ejecutadas

mediante los diferentes espacios institucionales de coordinación, entre ellos el Comité de Gestión Integral de Riesgos y el módulo de riesgos del Sistema Almera.

El desempeño del indicador refleja una adecuada planeación, articulación interprocesos y cumplimiento de los compromisos definidos en la programación institucional, demostrando madurez en la implementación del modelo de gestión del riesgo. No obstante, se sugiere mantener el seguimiento periódico al cumplimiento del cronograma para garantizar su sostenibilidad durante los siguientes periodos y evitar posibles rezagos derivados de la carga operativa o rotación del personal líder.

1.10.3. Conclusión general del análisis de indicadores de gestión del riesgo

Se evidencia el cumplimiento del 100% del cronograma del programa de gestión del riesgo y una baja materialización de eventos asociados a riesgos priorizados (5,3%).

No obstante, se sugiere fortalecer la trazabilidad documental de las acciones de seguimiento y la adherencia a los procedimientos en los procesos asistenciales y de apoyo, con el fin de mantener la sostenibilidad de los resultados alcanzados y prevenir posibles rezagos en futuras vigencias.

Asimismo, se identificó que el 35 % de los controles y el 23 % de los riesgos de la Matriz Institucional 2025 requieren ajustes para garantizar su alineación con la Guía DAFP V7 (2025).

1.11. Estándares de acreditación asociados a la auditoria

Según el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia (versión 3.1), el estándar aplicable a la auditoría de seguimiento a los riesgos y controles de corrupción es el siguiente:

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:

- 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.

De la revisión del Manual versión 3.1 no se identificaron otros estándares con redacción específica que traten exclusivamente la “gestión del riesgo institucional” como tema central. No obstante, algunos estándares de los grupos de Mejoramiento de la Calidad, Seguridad del Paciente y Gerencia del Talento Humano incluyen criterios que pueden complementarse para el análisis de la auditoría.

1.12. Componentes y elementos del MECI

La articulación entre el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se establece a través de la séptima dimensión del MIPG, denominada

Control Interno, la cual promueve la implementación de prácticas de autocontrol, gestión del riesgo, evaluación y mejora continua.

En el marco de esta integración, el MECI contribuye a garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la efectividad de la gestión, al establecer mecanismos que permiten:

- Obtener información confiable, oportuna y verificable.
- Proteger los recursos de la entidad frente a pérdidas o uso indebido.
- Promover la eficiencia, eficacia y transparencia en las operaciones.
- Prevenir errores, irregularidades y detectar oportunamente desviaciones.

La adecuada articulación entre el MIPG y el MECI fortalece la capacidad de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana para cumplir con sus fines institucionales, asegurando que los procesos de auditoría, como la presente auditoría al sistema de gestión del riesgo institucional, se desarrollen dentro de un marco de control interno sólido, orientado a la mejora continua y la toma de decisiones basadas en evidencia.

2. Análisis de Hallazgos de Entes de Control y su Relación con la Matriz Institucional de Riesgos 2025

En el presente capítulo se consolidan los resultados del análisis de los hallazgos formulados por los entes de control, con el propósito de identificar su relación con los riesgos definidos en la Matriz institucional de riesgos 2025 y determinar si alguno de estos hallazgos evidencia la materialización de riesgos existentes o la necesidad de incorporar nuevos riesgos.

El análisis comprende cuatro cuadros, estructurados de la siguiente manera:

1. **Hallazgos Auditoría Contraloría de Cundinamarca 2024:** resultados de la auditoría más reciente, correspondiente a la vigencia fiscal 2024.
2. **Hallazgos Auditorías Supersalud y Contraloría 2023:** hallazgos analizados en auditorías previas, revisados frente a la matriz actualizada 2025.
3. **Hallazgos Supersalud** (no contemplados inicialmente en la matriz): revisión y actualización del cruce de riesgos con la información de la Superintendencia Nacional de Salud.
4. **Hallazgos Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023** (no contemplados inicialmente en la matriz): actualización del análisis de riesgos frente a los hallazgos no incorporados en versiones anteriores.

Este ejercicio permite evidenciar la evolución del Sistema de Control Interno, la trazabilidad entre los hallazgos de los entes de control y la gestión institucional del riesgo, contribuyendo al fortalecimiento del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG).

2.1. Hallazgos Auditoría Contraloría de Cundinamarca 2024

La Contraloría de Cundinamarca, mediante el informe "Auditoría Vigencia Fiscal 2024", formuló una serie de hallazgos (14) que fueron analizados frente a la Matriz institucional de riesgos 2025, con el fin de identificar si los aspectos observados se relacionan con alguno de los 78 riesgos de la matriz institucional vigente, si evidencian su materialización parcial o total, o si reflejan la necesidad de ajustar o incorporar nuevos riesgos en el proceso de actualización del mapa institucional.

A continuación, se presentan los resultados del análisis:

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
Gestión Financiera GF25090 Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido a falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios de la información de cierre de caja, inoportunidad en la verificación por parte de la tesorería de la afectación de los registros en sistema de Información registrada por los cajeros, facturadores o responsables de recaudo y falta de adherencia a procesos y procedimientos Institucionales	**Contraloría 2024. Hallazgo N.1** DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS: **Condición:** Las conciliaciones bancarias a 31-12-2024 de las cuentas números (17592 y 42778) registran partidas pendientes por depurar de los meses de septiembre a diciembre de 2024) por valor $2.461.728 y de marzo a diciembre de 2024 por $7.307.916, respectivamente. **Criterio:** Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, Marco Normativo para Empresas que no cotizan en el Mercado de Valores, y que no captan ni administran Ahorro del Público. **Causa:** Debilidades en el seguimiento a las conciliaciones bancarias de las citadas cuentas bancarias. **Efecto:** Posible afectación a la razonabilidad de los estados financieros.	El hallazgo evidencia una relación directa con el riesgo GF25090, al reflejar fallas en el seguimiento y verificación oportuna de registros financieros (conciliaciones bancarias), coincidiendo con la causa raíz del riesgo institucional ("falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios…"). Constituyendo una materialización parcial del riesgo, al reflejar afectación en la confiabilidad de la información financiera, con impacto económico y reputacional.
Ingeniería Hospitalaria IH22058 Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por aumento en tiempos	**Contraloría 2024. Hallazgo N.2** DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS: **Condición:** La cuenta bancaria 074241 del Banco Davivienda con saldo en extracto bancario a 31-12-2024 de $3.873.137.295, corresponde a recursos del Convenio 857 del 28 de junio de 2023, con un plazo de ejecución de 10 meses, para la Infraestructura Servicio de Urgencias Unidad Funcional de Zipaquirá, los recursos del convenio	El hallazgo evidencia la materialización del riesgo IH22058, al describir la suspensión del proyecto de infraestructura por demoras en la obtención de licencias y permisos, ocasionando

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
previstos y costos previstos de las obras de modernización del HUS y sus sedes, debido a inadecuado cálculo de presupuestos previstos y/o tiempos previstos de ejecución de la obra, e inadecuado apoyo a la supervisión de la obra.	fueron abonados a la cuenta bancaria en noviembre 14 y 22 de 2023, por $2.304.105.234 y $1.289.517.255, por el Municipio de Zipaquirá y la Secretaria de Salud de Cundinamarca, respectivamente, dineros que a la fecha no han sido ejecutados en el proyecto, a lo cual informó el ente auditado que el proyecto se encuentra suspendido ante la imposibilidad de obtener el trámite final del licenciamiento por parte del Ministerio de Cultura y que se han surtido todos los trámites técnicos requeridos por el ministerio en la plataforma SIPA, sin embargo el trámite jurídico no se ha surtido completamente y el aval del Ministerio de Cultura es requisito indispensable para dar cumplimiento con los trámites de la Licencia de Construcción emitida por la Secretaría de Planeación Municipal como se establece en el convenio. **Criterio:** Resolución 530 del 29 de octubre de 2021, por medio de la cual se adoptó y aprobó el Manual de la Contratación de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. **Causa:** Demoras en la ejecución del convenio por no contar con la licencia o permisos por parte de Planeación Municipal y Ministerio de Cultura. **Efecto:** Posible afectación a la comunidad en la prestación de los servicios de salud, por demora en la construcción de la Infraestructura Servicios de Urgencias Unidad Funcional Zipaquirá.	retrasos en la ejecución y una afectación potencial a la comunidad usuaria. Coincide plenamente con la causa definida en el riesgo institucional, que contempla demoras derivadas de la gestión inadecuada de tiempos y presupuestos de obra.
Gestión Financiera GF24080 Posibilidad de afectación económica y reputacional por no recuperación de cartera pendiente por motivos externos y/o internos debido a intervención o liquidación de EPS o directrices gubernamentales, demoras en la generación de los soportes de las facturas, inoportunidad en la radicación de facturación cumpliendo los requisitos normativos,	**Contraloría 2024. Hallazgo N.3** SERVICIOS DE SALUD PENDIENTES POR RADICAR **Condición:** De la facturación por servicios de salud pendientes de radicar a 31-12-2024, a mayo 26 de 2025 aún se registra facturación por radicar en cuantía de $4.533.078.860 y de este monto pendiente por radicar a las diferentes entidades $2.920.219.491 es decir el 64% corresponden a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, seguido se encuentra facturación pendiente de radicar ante Coosalud Entidad Promotora de Salud S.A por $531.516.139, Asociación Mutual por $247.799.944 y Fideicomisos Patrimonios Autónomos Fiduciaria la Previsora S.A de $225.579.290, entre otras Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. De la facturación pendiente de radicar a 31-12-2024 se registran $3.800.716.347 de la vigencia 2024 $450.064.913 de la vigencia 2023 y de vigencias anteriores al año 2023 la suma de $282.297.600. **Criterio:** Resolución 2284 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y	El hallazgo evidencia la materialización del riesgo GF24080, dado que coincide directamente con los factores descritos en la matriz institucional: radicación pendiente, demoras administrativas y afectación del flujo financiero.

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
inoportunidad en la respuesta de glosa e inoportunidad en la notificación para realizar el cobro persuasivo y jurídico.	Respuestas y se dictan otras disposiciones " y Resolución 2335 de 2023, también del Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones" **Causa:** Dificultades administrativas para la radicación de la facturación. **Efecto:** Posible afectación en el flujo de recursos de la E.S.E. Hospital	
Gestión Financiera GF24080 Posibilidad de afectación económica y reputacional por no recuperación de cartera pendiente por motivos externos y/o internos debido a intervención o liquidación de EPS o directrices gubernamentales, demoras en la generación de los soportes de las facturas, inoportunidad en la radicación de facturación cumpliendo los requisitos normativos, inoportunidad en la respuesta de glosa e inoportunidad en la notificación para realizar el cobro persuasivo y jurídico	**Contraloría 2024. Hallazgo N.4** OTRAS CUENTAS POR COBRAR: **Condición:** En la contabilidad a 31-12-2024 se registra otras cuentas por cobrar por "Préstamos Interinstitucionales entre Hospitales y Otros" por $399.030.252, de este monto se observaron préstamos Interinstitucionales de vigencias anteriores a la auditada (2022 en cuantía de $64.835.246, 2023 por $153.212.347 y 2024 $180.982.660). Observando que del valor registrado en la contabilidad, los deudores con mayores valores por préstamos interinstitucionales corresponde a: Hospital de Kennedy, Hospital Santa Clara, Droguerías y Farmacias Cruz Verde, Hospital Tunal, Hospital de Facatativá, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E, Amarey Nova Medical S.A, Rafael Antonio Salamanca, Meintegral SAS, Instituto Nacional de Investigación y Medicina Especializada SAS, entre otras entidades. **Criterio:** Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, Marco Normativo para Empresas que no cotizan en el Mercado de Valores, y que no captan ni administran Ahorro del Público. **Causa:** Posibles debilidades en los controles y seguimiento a los "préstamos interinstitucionales entre hospitales y otros" realizados por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y sus Sedes. **Efecto:** Presunta pérdida de recursos.	El hallazgo evidencia la materialización directa del riesgo GF24080, dado que se presentan cuentas por cobrar por préstamos interinstitucionales de vigencias anteriores sin recuperación, asociadas a debilidades en el control y seguimiento contable. Este hecho representa una posible pérdida de recursos públicos, en coherencia con la afectación económica prevista en el riesgo.
Gestión Financiera GF24080 Posibilidad de afectación económica y reputacional por no	**Contraloría 2024. Hallazgo N.5** CUENTAS POR COBRAR - PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A 31 DE DICIEMBRE DE 2024: **Condición:** El cuadro siguiente, refleja la cartera radicada por la E.S.E Hospital a 31-12-2024 en cuantía de $377.880.8320.716, estableciéndose la edad de ésta así:	El hallazgo evidencia la materialización directa del riesgo GF24080, dado que se presentan altos montos de cartera vencida con entidades liquidadas o en

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
recuperación de cartera pendiente por motivos externos y/o internos debido a intervención o liquidación de EPS o directrices gubernamentales, demoras en la generación de los soportes de las facturas, inoportunidad en la radicación de facturación cumpliendo los requisitos normativos, inoportunidad en la respuesta de glosa e inoportunidad en la notificación para realizar el cobro persuasivo y jurídico	Días de vencimiento Valor de la cartera Porcentaje dentro del total de la cartera De 60 días $65.431.740.872 17% De 61 a 90 días $17.390.392.288 5% De 91 a 180 días $34.077.052.598 9% De 181 a 360 días $31.976.502.193 8% Mayor a 360 días de vencida $229.005.132.765 61% Total $377.880.820.716 100% Nótese, que la cartera mayor a 360 días de vencida por $229.005.132.765, ocupa el mayor porcentaje (61%) dentro del total de esta cartera de E.S.E Hospital y de este monto $148.863.334.594, corresponde a cartera con entidades en proceso de liquidación o liquidadas, donde Convida en Liquidación adeuda al Hospital de la Samaritana $103.201.739.683, la ESP Ecoopsos $31.049.469.121, la ESP Medimas $12.497.559.698 y Otras Entidades $2.114.566.092. Estableciéndose, que de esta cartera mayor a 360 días de vencida por $229.005.132.765 corresponden $105.384.204.911 a la vigencia 2021 hacia atrás, de la vigencia 2022 la suma de $73.452.684.874 y del año 2023 $50.168.242.981 y conforme a las verificaciones realizadas a la información reportada por el ente auditado, se concluyó que de este monto total de cartera mayor a 360 días de vencida y registrada en la contabilidad a 31-12-2024, solo el 14% es decir la suma de $32.101.515.705, se encuentra en trámite de cobro y el saldo de cuentas por cobrar mayor a 360 días según lo informó el sujeto de control corresponde a Entidades en Medida Especial- Supersalud por $-28.757.879.509, Entidades en Proceso de Castigo 2015 hacia atrás Fosyga y Consorcio SAYP por $-9.938.000.000, Glosa no Subsanable Aseguradoras en trámite de castigo de $-5.851.258.361, entre otros conceptos de cuentas por cobrar. **Criterio:** Artículo 77 y 145 de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Resolución 193 de 2016 “Por la cual se incorpora, en los procedimientos transversales del Régimen de la Contabilidad Pública, el procedimiento para la evaluación del Control Interno Contable” y Resolución 64 del 20 de junio de 2020 “ Manual de Cartera” **Causa:** Debilidades en el trámite del cobro de la cartera a las entidades en proceso de liquidación o liquidadas o con medida especial, entre otros. **Efecto:** Posible afectación a la razonabilidad de los estados	medida especial, reflejando debilidades en el trámite y gestión del cobro. Esta situación genera afectación económica y contable, coherente con la causa y el efecto previstos en el riesgo institucional, lo cual confirma la relación directa entre el hallazgo y el riesgo financiero identificado en la matriz institucional 2025.

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
	financieros de la E.S.E Hospital.	
Gestión Financiera GF25090 Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido a falta de identificación y seguimiento a errores en los registros diarios de la información de cierre de caja, inoportunidad en la verificación por parte de la tesorería de la afectación de los registros en sistema de Información registrada por los cajeros, facturadores o responsables de recaudo y falta de adherencia a procesos y procedimientos Institucionales	**Contraloría 2024. Hallazgo N.6** GIROS POR IDENTIFICAR - ABONO DE FACTURACIÓN: **Condición:** En la relación de la cartera por edades y la información contable a 31-12-2024, se evidenció el registro de Giros por Identificar Abono de Facturación en cuantía de $6.729.566.625, evidenciando que el mayor porcentaje (67%) de giros por identificar corresponden al régimen contributivo con un total de $4.511.101.035, en donde la ESP Famisanar Ltda, registra por este concepto $3.400.538.029, Compensar EPS $617.630.270, la Nueva EPS $429.952.759 y por el régimen subsidiado se encuentra Coosalud ESP S.A $685.805.234, Convida EPS con $333.634.137 y la Secretaría de Salud de Cundinamarca con $232.309.052, entre otras entidades. De este monto por identificar el sujeto de control informó que con corte a 30 de abril de 2025, aún se registran giros por identificar- abono a facturación de la vigencia 2023 $347.843.326 y del año 2024 la suma de $607.669.473, para un total de $955.512.799, pendientes por identificar. **Criterio:** Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, Marco Normativo para Empresas que no cotizan en el Mercado de Valores, y que no captan ni administran Ahorro del Público. **Causa:** Debilidades en el seguimiento a los giros por identificar abono a facturas. **Efecto:** Posible afectación a la razonabilidad de los estados financieros.	El hallazgo evidencia la materialización directa del riesgo GF25090, dado que los valores registrados como giros por identificar reflejan deficiencias en la verificación y conciliación de los registros contables y de recaudo, así como la falta de seguimiento oportuno por parte de Tesorería. Esta situación afecta la trazabilidad y razonabilidad de los estados financieros, en coherencia con la causa y efecto previstos en el riesgo institucional.
Gestión Financiera GF22030 Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por pago inoportuno de las obligaciones contraídas con los proveedores de bienes y servicios, debido a falta de seguimiento de los supervisores de los contratos de los requisitos contractuales	**Contraloría 2024. Hallazgo N.7** DÉFICIT PRESUPUESTAL **Condición:** Al analizar la ejecución presupuestal con corte a 31 de diciembre de 2024, se identificó que la E.S.E, presenta un déficit presupuestal por valor de 18.447.237.283.00 derivado de un recaudo total de 340.248.186.930.00 mientras que los compromisos adquiridos por la entidad ascendieron 358.695.424.213.00. **Criterio:** Ley 115 de 1996 “por medio del cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las empresas industriales y comerciales del Estado y de las sociedades de economía mixta sujetas al régimen de aquéllas, dedicadas a actividades no financieras”. **Causa:** La diferencia negativa entre ingresos y gastos comprometidos indica una inadecuada planeación o ejecución presupuestal, lo que	El hallazgo evidencia la materialización directa del riesgo GF22030, dado que refleja un déficit presupuestal derivado de fallas en la planeación y ejecución del presupuesto, que afectan la sostenibilidad financiera y la liquidez institucional.

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
en lo que respecta a las actas de liquidación y/o falta de recursos por el incumplimiento de pago de las EPS frente a la normatividad vigente.	generó el déficit, esta diferencia da lugar a determinar una posible debilidad en la ejecución presupuestal. **Efecto:** Esta situación afecta la sostenibilidad financiera de la entidad, comprometiendo recursos de futuras vigencias y generando riesgos en sus obligaciones adquiridas.	
Gestión Financiera GF22029 Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido al registro de información en lo concerniente a las etapas de (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos fuera de los requerimientos normativos por parte de las áreas que producen hechos económicos, por Inoportunidad en implementación de los cambios normativos que puedan generar reprocesos y desconocimiento de las políticas, procedimientos.	**Contraloría 2024. Hallazgo N.8** MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO **Condición:** Al comparar la información reportada con la ejecución presupuestal de ingresos al 31 de diciembre de 2024, se evidenció que no fueron tenidos en cuenta en la presentación los actos administrativos correspondientes al Acuerdo 008 del 16 de abril de 2024 y la Resolución 009 del 11 de enero de 2024, los cuales son fundamentales para la modificación del presupuesto de gastos. Asimismo, se identificaron inconsistencias en la elaboración de los documentos soportes, particularmente en los valores registrados, lo cual representa una debilidad significativa en los mecanismos de control interno y en los procesos de revisión y validación de la información presupuestal reportada y elaborada por la entidad **Criterio:** Resolución 0045 de 2021, Articulo 8. Inobservancia de los requisitos en la presentación. Artículo 10. Formatos e Instructivos y Circular FP 02-2025, expedida por la Contraloría de Cundinamarca., Acuerdo 008 del 16 de abril de 2024 y Resolución 009 del 11 de enero de 2024 expedidos por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. **Causa:** Debilidad significativa en los mecanismos de control interno y en los procesos de revisión y validación de la información presupuestal reportada y elaborada por la entidad **Efecto:** Esta situación compromete la confiabilidad, integridad y razonabilidad de los datos reportados, afectando la transparencia en la gestión presupuestal.	El hallazgo N.8 se relaciona directamente con el riesgo GF22029, ya que refleja errores en el registro y control presupuestal, omisión de actos administrativos y falta de validación interna, lo que afecta la confiabilidad, integridad y razonabilidad de la información contable y financiera.
Gestión Financiera GF25091 Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por reconocimiento o causación de cuentas por pagar de bienes y	**Contraloría 2024. Hallazgo N.9** CONSTITUCIÓN CUENTAS POR PAGAR 2023 PARA SER PAGADAS EN LA VIGENCIA 2024 **Condición:** al realizar un análisis de la constitución de las cuentas por pagar se evidenció que la entidad, luego de haber expedido la Resolución 022 del 16 de enero de 2024 mediante la cual reportó ante la Contraloría de Cundinamarca cuentas por pagar por valor de 47.002.014.812.00 expidió posteriormente la Resolución 158 del 15 de	El hallazgo N.9 evidencia la materialización directa del riesgo GF25091, dado que describe el reconocimiento y constitución de cuentas por pagar sin respaldo presupuestal adecuado, sin acto formal de revocatoria y

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
servicios, OPS y temporales a razón de no contar con Registro presupuestal y falta de adherencia a los procedimientos institucionales	marzo de 2024, constituyendo nuevamente cuentas por pagar de la vigencia fiscal 2023, esta vez por un valor de 65.277.457.970.00, sin que existiera una revocatoria formal del acto anterior ni una justificación técnica debidamente sustentada para tal incremento. El análisis técnico identificó inconsistencias por 1.828.867.957, entre el valor reportado y el efectivamente obligado, así como la inclusión de 16.446.575.201.00 por compromisos con vencimiento posterior al 31 de diciembre de 2023, lo que vulnera el principio de anualidad. Además, se detectaron 587.448.600 correspondientes a pasivos exigibles de vigencias expiradas, sin evidencia de que hayan sido objeto de cuentas por pagar constituidas en vigencias anteriores. Como resultado del análisis efectuado a los registros presupuestales y contables de la entidad, se evidenció que esta ha venido arrastrando compromisos desde las vigencias fiscales 2020, 2021 y 2022 sin que exista respaldo documental mediante acto administrativo formal como una resolución que acredite la debida constitución de las cuentas por pagar al cierre de cada una de esas vigencias, incumpliendo con lo dispuesto en las normas presupuestales sobre el principio de legalidad y anualidad del gasto. **Criterio:** Artículo 94 de la Ordenanza 103 de 2023, Resolución 022 del 16 de enero de 2024 "constituyendo las cuentas por pagar de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de la vigencia fiscal 2023 y Resolución 158 del 15 de marzo de 2024, por medio de la cual se constituyeron las cuentas por pagar presupuestales de la E.S.E. **Causas:** Debilidad en la aplicación de los procedimientos de reconocimiento, registro y presentación de las obligaciones presupuestales, lo cual debe ser objeto de revisión y ajuste por parte de la administración Falta de cumplimiento del principio de anualidad en la ejecución contractual, dado que varios contratos no fueron finalizados dentro del periodo fiscal correspondiente, evidenciando deficiencias en el control y seguimiento por parte de los supervisores y demás responsables del proceso contractual. **Efecto:** Incurrir en una práctica inadecuada en la gestión presupuestal, al incluir obligaciones fuera del marco temporal de la vigencia 2023, Afectando de manera directa la ejecución presupuestal generando compromisos que debieron haberse cerrado en la vigencia correspondiente. Página 59-60	con compromisos fuera de vigencia, afectando la transparencia, legalidad y confiabilidad de la gestión presupuestal. Este hallazgo refleja una debilidad estructural en los controles financieros y presupuestales, lo que confirma la necesidad de fortalecer los mecanismos de revisión y validación de las cuentas por pagar al cierre de cada vigencia.

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
Gestión Financiera GF25091 Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por reconocimiento o causación de cuentas por pagar de bienes y servicios, OPS y temporales a razón de no contar con Registro presupuestal y falta de adherencia a los procedimientos institucionales	**Contraloría 2024. Hallazgo N.10** CONSTITUCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA 2024 PARA SER PAGADAS EN LA VIGENCIA 2025 **Condición:** Mediante la Resolución No. 020 del 17 de enero de 2025, se constituyó las cuentas por pagar con corte al 31 de diciembre de 2024, registrando obligaciones pendientes por valor de 25.279.454.414.00, de acuerdo con los registros de ejecución presupuestal de gastos, las cuentas por pagar ascienden a 26.779.763.355. Identificándose una diferencia de 1.500.308.941, atribuible a que la entidad constituyó las cuentas por pagar con base en el valor neto a girar (es decir, deduciendo retenciones e impuestos), y no con base en el valor bruto causado, como lo establece el marco normativo contable y presupuestal aplicable. Adicionalmente, no incluyeron obligaciones pendientes de contratos suscritos por un valor total de 736.091.051. Esta omisión genera una diferencia con respecto al valor total registrado en la mencionada resolución **Criterio:** Numeral 7 del capítulo II del Marco Normativo para Entidades de Gobierno, Resolución 533 de 2015, Contaduría General de la Nación. Resolución No. 020 del 17 de enero de 2025, se constituyó las cuentas por pagar con corte al 31 de diciembre de 2024. **Causa:** Debilidades en los procesos de registro y control de las obligaciones adquiridas por la entidad de igual manera, refleja deficiencias en el proceso de identificación, registro y control de las obligaciones contractuales vigentes. **Efecto:** afecta la razonabilidad de la información presupuestal y contable reportada lo cual contraviene los principios de legalidad, confiabilidad y transparencia establecidos en el marco normativo contable y presupuestal vigente.	El hallazgo N.°10 evidencia la materialización directa del riesgo GF25091, al presentar errores en la constitución de cuentas por pagar, omisión de obligaciones y registro con valores netos en lugar del valor bruto causado, lo que afecta la legalidad, transparencia y confiabilidad de la gestión presupuestal y contable de la entidad.
Gestión Financiera GF22029 Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido al registro de información en lo concerniente a las etapas de (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos	**Contraloría 2024. Hallazgo N.11** PAC **Condición:** Según la información reportada en el formato F09, se compararon los datos consignados con la ejecución presupuestal de gastos al 31 de diciembre de 2024. Esta revisión evidenció inconsistencias significativas en los valores del "PAC período rendido" y el "PAC rendido", con una diferencia de $134.307.000. Adicionalmente, se identificaron discrepancias en las adiciones y reducciones, ya que la entidad registró créditos como adiciones y contracréditos como reducciones, lo cual no se ajusta a lo establecido en la guía del instructivo, que indica reportar únicamente adiciones y	El hallazgo N.º 11 evidencia la materialización directa del riesgo GF22029, al reflejar errores en la clasificación, consolidación y validación de la información presupuestal reportada en el PAC, lo que afecta la consistencia, transparencia y confiabilidad de los reportes financieros institucionales, generando

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
económicos fuera de los requerimientos normativos por parte de las áreas que producen hechos económicos, por Inoportunidad en implementación de los cambios normativos que puedan generar reprocesos y desconocimiento de las políticas, procedimientos.	reducciones, sin incluir créditos ni contracréditos. Esta situación afecta la integridad de la información reportada y revela debilidades en los controles de verificación y validación de los datos cargados a los entes de control. **Criterio:** Resolución 0045 de 2021, Articulo 8. Inobservancia de los requisitos en la presentación. Artículo 10. Formatos e Instructivos y Circular FP 02-2025, expedida por la Contraloría de Cundinamarca., **Causa:** Debilidades en los controles de verificación y validación para rendición de información a los entes de control **Efecto:** Genera incertidumbre sobre la calidad de la información reportada y evidencian debilidades en la consistencia y confiabilidad de la información presupuestal.	incertidumbre sobre la calidad de la información suministrada a los entes de control.
Gestión Jurídica GJ22023 Posibilidad de afectación Económica y reputacional por habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales, debido a inobservancia de la norma aplicable a cada modalidad de contratación u omisión de algunos de los requisitos necesarios para la evaluación.	**Contraloría 2024. Hallazgo N.12** EVALUACIÓN GESTIÓN DE LA INVERSIÓN Y DEL GASTO CONTRATACIÓN: EXPEDIENTES CONTRACTUALES. **Condición:** De la lectura efectuada a los documentos que constituyen los Estudios Previos, de Necesidad y parte considerativa de los contratos, se evidencia debilidades en su estructuración, por cuanto se presenta falta de contundencia para describir la necesidad, en unos casos, párrafos incompletos, error en el año de un Acuerdo que se enuncia y en la parte considerativa de los contratos se mencionan Acuerdos o Resoluciones que ya fueron derogadas. **Criterio:** Acuerdo 029 del 30 de octubre de 2024 que modifica el Estatuto de contratación de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, Resolución 530 del 29 de octubre de 2021, Mediante la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría y el procedimiento para declaratoria de incumplimiento, imposición de multas y demás sanciones en los contratos celebrados por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y la Resolución 554 del 15 de noviembre de 2024, "Por medio de la cual se modifica el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría y el procedimiento para declaratoria de incumplimiento, imposición de multas y demás sanciones en los contratos celebrados por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA". **Causa:** Aplicación estricta del contenido del Manual de Contratación, en especial lo relacionado con los Estudios Previos y de Necesidad. **Efecto:** Riesgo sobre la seguridad jurídica que soporta las actuaciones contractuales de la entidad.	El hallazgo N.º 12 evidencia la materialización directa del riesgo GJ22023, al reflejar deficiencias en la estructuración jurídica de los expedientes contractuales y en la aplicación de los lineamientos del Estatuto y Manual de Contratación, lo que compromete la seguridad jurídica, la transparencia y la legalidad de la gestión contractual institucional.

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
Gestión Jurídica GJ24088 Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por pago de intereses moratorios en la cancelación de sentencias judiciales y sanciones administrativas en contra del HUS a razón de exceder los tiempos legalmente establecidos y falta de adherencia a los procedimientos institucionales. **Gestión Jurídica GJ22023** Posibilidad de afectación Económica y reputacional por habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales, debido a inobservancia de la norma aplicable a cada modalidad de contratación u omisión de algunos de los requisitos necesarios para la evaluación.	**Contraloría 2024. Hallazgo N.13** PROCESOS CONTRACTUALES. **Condición:** En algunos expedientes contractuales, no se evidencian actas de reinicio cuando dé lugar a ello, es decir, si se emite un acta de suspensión de la ejecución de un contrato, se infiere la existencia del acta de reinicio del mismo, documento necesario que permite su seguimiento en el tiempo de acuerdo a lo estipulado en dicha acta de suspensión. Similar observación se puede predicar sobre las funciones de la supervisión en los contratos, puesto que, éste debe emitir un informe periódico que dé cuenta del cumplimiento de las obligaciones contraídas por el contratista, y, en todo caso, sobre la ejecución a cabalidad del mismo. Sobre E.S.E particular, traemos a este contexto, el Contrato de Consultoría 374-2024, que tiene por objeto CONTRATAR LA CONSULTORIA PARA LA ELABORACION DE ESTUDIOS, DISEÑOS TECNICOS Y ESTUDIOS PREVIOS DE LA OBRA PARA LA CONSTRUCCION DE UN AREA PARA DEPOSITO DE INSUMOS HOSPITALARIOS EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA DE BOGOTA. La suscripción del presente acto contractual, se llevó a cabo bajo la modalidad de contratación directa, cumpliendo con el procedimiento contemplado en el Manual de Contratación del sujeto de control, sin embargo, en el expediente no se evidencia soporte documental que dé cuenta del estado actual del contrato, tal como actas de reiniciación, etc., se evidencia el informe de supervisión del 25 de septiembre de 2024, correspondiente al primer pago realizado del 10% del valor del contrato, llama la atención que en dicho formato del informe se precisa que el contrato finalizó el 27 de diciembre de 2024, y señala que hay un saldo por ejecutar de $71.456.455, expresión que resulta contradictoria si dicho informativo de supervisión fuese presentado oportunamente, pues, no daría lugar a señalar la fecha de finalización de la ejecución del contrato. **Criterio:** Acuerdo 029 del 30 de octubre de 2024 que modifica el Estatuto de contratación de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, Resolución 530 del 29 de octubre de 2021, Mediante la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría y el procedimiento para declaratoria de incumplimiento, imposición de multas y demás sanciones en los contratos celebrados por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y la Resolución 554 del 15 de noviembre de 2024, “Por medio de la cual se modifica el Manual de Contratación. **Causa:** Aplicación estricta del contenido del Manual de Contratación,	El hallazgo N.º 13 evidencia la materialización directa del riesgo GJ24088, al reflejar deficiencias en la supervisión y seguimiento contractual (ausencia de actas e informes), lo que afecta la trazabilidad y la seguridad jurídica de las actuaciones contractuales de la E.S.E. De manera complementaria, se relaciona con el riesgo GJ22023, dada la coincidencia en la causa raíz de inobservancia normativa y potencial afectación reputacional e institucional.

Riesgo (Tomado de la Matriz de Riesgos Institucionales 2025)	Hallazgos Auditoria Contraloría de Cundinamarca 2024	Análisis 2025
	en especial lo relacionado con los Estudios Previos y de Necesidad. **Efecto:** Riesgo sobre la seguridad jurídica que soporta las actuaciones contractuales de la entidad.	
Gestión Jurídica GJ24088 Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por pago de intereses moratorios en la cancelación de sentencias judiciales y sanciones administrativas en contra del HUS a razón de exceder los tiempos legalmente establecidos y falta de adherencia a los procedimientos institucionales.	**Contraloría 2024. Hallazgo N.14** SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. **Condición:** En la ejecución presupuestal de contratos, en especial los de Prestación de Servicios Médicos Especializados, se evidencia que su ejecución transciende a la vigencia 2025, situación que tiene una injerencia directa en el presupuesto de la anualidad extendida. Es el caso, a manera de ejemplo, el contrato de Prestación de Servicios 006-2024, dentro del cual se realiza su liquidación el 4 de abril de 2025, llamando la atención que, según el informe del supervisor, el contrato presentó la siguiente ejecución de pagos con fecha 01 de marzo de 2025, que asciende a $220.200.000, de donde se infiere que su ejecución se extendió a la siguiente vigencia, puesto que los pagos efectuados al cierre de 2024, fue de $199.800.000, quedando un saldo por cancelar de $20.400.000, tal como se pudo corroborar de la información que reposa en el expediente contractual y la reportada en el SECOP II. **Criterio:** Acuerdo 029 del 30 de octubre de 2024 que modifica el Estatuto de contratación de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, Resolución 530 del 29 de octubre de 2021, Mediante la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría y el procedimiento para declaratoria de incumplimiento, imposición de multas y demás sanciones en los contratos celebrados por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y la Resolución 554 del 15 de noviembre de 2024, "Por medio de la cual se modifica el Manual de Contratación. **Causa:** Aplicación estricta del contenido del Manual de Contratación, en especial lo relacionado con los controles sobre la ejecución presupuestal contractual. **Efecto:** Riesgo sobre la seguridad jurídica que soporta las actuaciones contractuales de la entidad.	El hallazgo N.º 14 evidencia la materialización directa del riesgo GJ24088, al reflejar que la ejecución presupuestal de algunos contratos de prestación de servicios médicos especializados trascendió a la siguiente vigencia fiscal, generando pagos posteriores al cierre presupuestal de 2024. Esta situación implica exceso en los tiempos de ejecución contractual y una afectación a la seguridad jurídica de las actuaciones contractuales, derivada del incumplimiento de los lineamientos del Estatuto y Manual de Contratación institucional.

El análisis de los catorce (14) hallazgos formulados por la Contraloría de Cundinamarca para la vigencia fiscal 2024 permitió evidenciar que varios de ellos guardan una relación directa con riesgos institucionales ya contemplados en la Matriz de riesgos institucional 2025, principalmente en los procesos de Gestión Financiera y Gestión Jurídica, donde se materializan eventos asociados con conciliaciones bancarias, cuentas por pagar, radicación de facturación, déficit presupuestal, seguimiento contractual y licencias de obra.

De manera general, los hallazgos confirman la vigencia y pertinencia de los riesgos identificados en la matriz actualizada, evidenciando materialización parcial o total en ocho (8) de los casos analizados, así como la necesidad de fortalecer los controles internos en los procedimientos presupuestales, contables y contractuales.

Estos resultados reafirman la importancia del seguimiento continuo al mapa de riesgos institucionales, como herramienta preventiva para anticipar y mitigar situaciones que afectan la razonabilidad financiera, la transparencia contractual y la sostenibilidad institucional.

2.2. Hallazgos Auditorías Supersalud y Contraloría 2023

En esta sección se incluyen los hallazgos formulados por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría de Cundinamarca durante la vigencia 2023, los cuales fueron objeto de revisión en ejercicios anteriores y ahora se contrastan nuevamente con la matriz de riesgos institucional 2025, para verificar su congruencia, vigencia y evolución dentro del sistema de gestión del riesgo institucional.

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento. DO22056. Posibilidad de afectación reputacional y económica por no contar con el recurso humano encargado de realizar la docencia Institucional, debido a desequilibrio en el cálculo de la capacidad instalada Vs los estudiantes en formación y fallas en la comunicación entre la oferta de servicios del hospital y el número de estudiantes adecuado a esa oferta.	**Supersalud. Hallazgo N.6** Supersalud argumenta que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana incumplió el numeral 12.4 del artículo 12 del capítulo III de la Resolución 3100 del 2019, modificados por la Resolución 544 de 2023, Artículos 2.5.1.3.2.9, 2.5.1.3.2.10, del Decreto 780 de 2016, toda vez que no hay concordancia en el número de capacidad instalada vs lo verificado en campo. Pues, en ell análisis del equipo auditor de la Supersalud evidencia que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA presenta inconsistencias significativas en la capacidad instalada y los servicios habilitados en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) en sus sedes en Bogotá y Zipaquirá. Durante la inspección, se identificaron servicios reportados como habilitados que no están siendo prestados en la sede principal, como endocrinología, medicina física y rehabilitación, y medicina familiar. Asimismo, se evidenció una discrepancia en el número de consultorios y camillas registrados y los existentes en la práctica, además de la presencia de áreas y equipos para la atención de urgencias que no están inscritos en el REPS.	El hallazgo descrito se relaciona directamente con el riesgo institucional DO22056, dado que evidencia un desbalance entre la capacidad instalada y la oferta real de servicios, afectando la planeación docente-asistencial y la disponibilidad del recurso humano para las prácticas formativas. La situación observada por la Supersalud confirma la materialización parcial del riesgo, al reflejar debilidades en la articulación entre la oferta asistencial y la gestión de docencia-servicio, con potencial impacto reputacional y operativo para la institución.
Gestión Financiera.	**Contraloría. Hallazgo N.2**	El hallazgo descrito se

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
GF22012. 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).	De las verificaciones efectuadas en forma selectiva al saldo de la cuenta contable Caja y conforme a la información reportada por el sujeto de control, se estableció una diferencia de $26.233.200, entre el saldo de la cuenta contable y las consignaciones de recursos económicos realizadas en enero 2 de 2024 y ajuste contable realizando a la cuenta caja en junio 17 de 2024, que ascendieron a la suma de $33.441.800, única suma reportada. El hallazgo registra connotación A: Administrativo para Plan de Mejoramiento. Esta diferencia no solo evidencia posibles deficiencias en el control y seguimiento de los recursos, sino que también presenta un riesgo de afectación económica y reputacional para la institución al no garantizar la integridad de los fondos gestionados.	relaciona directamente con el riesgo institucional GF22012, dado que evidencia una posible afectación económica y reputacional por deficiencias en el manejo y control de los recursos de caja, lo que se ajusta al evento de riesgo "jineteo" descrito en la matriz. La diferencia contable detectada confirma una debilidad en la trazabilidad y conciliación de los fondos administrados, por lo que se considera materialización parcial del riesgo GF22012.
Gestión Financiera. GF22029. Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido al registro de información en lo concerniente a las etapas de (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos fuera de los requerimientos normativos por parte de las áreas que producen hechos económicos, por Falta de cruces de información con las áreas que producen hechos económicos y desconocimiento de las políticas, procedimientos.	**Contraloría. Hallazgo N.13,14,15 y 16** Los hallazgos de la Contraloría señalan debilidades en el registro y gestión de cuentas contables, las cuales exponen a la entidad a una posible percepción negativa sobre el manejo financiero. **En el Hallazgo N.13**, se detecta un saldo de -$7.122.656.732 debido a un giro de Convida EPS que no pudo legalizarse por la liquidación de esta entidad, lo cual ha impedido regularizar los valores adeudados. **El Hallazgo N.14** evidencia cuentas por cobrar a universidades que superan los 361 días de vencimiento, siendo la Universidad de La Sabana el mayor deudor ($1.409.857.465), seguido de otras universidades como el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario ($508.676.463), la Universidad del Bosque (280.873.725) y la Universidad Javeriana ($233.957.901). **En el Hallazgo N.15**, se observa que el 96% de la cartera por cobrar a pacientes se encuentra vencida hace más de un año, y **en el Hallazgo N.16** se registran préstamos interinstitucionales que datan desde 2013, afectando la liquidez y control contable. El hallazgo registra connotación A: Administrativo para Plan de Mejoramiento. Estos hechos reflejan inconsistencias en la identificación, clasificación, medición y registro contable de operaciones, que son atribuibles a una falta de coordinación y cruce de información con las áreas generadoras de hechos económicos y un desconocimiento de las políticas y procedimientos contables, lo cual puede impactar negativamente la imagen de la entidad.	Los hallazgos descritos por la Contraloría (N.º 13 al 16) y la Supersalud (N.º 17 al 19) se relacionan directamente con el riesgo institucional GF22029, ya que evidencian deficiencias en el registro, medición y revelación de los hechos económicos, así como falta de coordinación entre las áreas generadoras de información contable y financiera. Las inconsistencias detectadas en cuentas por cobrar, políticas contables desactualizadas, déficit presupuestal y diferencias entre los estados financieros confirman una

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
	Supersalud. Hallazgo N.17,18 y 19 El **Hallazgo N.17** identifica que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no ha actualizado su manual de políticas contables, particularmente en lo que respecta a las cuentas por cobrar y por pagar, lo que constituye un incumplimiento de las normativas establecidas en la Resolución 332 de 2022 y la Resolución 3100 de 2019. Por otro lado, el **Hallazgo N.18** resalta que, durante la vigencia 2023, el hospital incorporó apropiaciones presupuestales que superaron la expectativa real de recaudo, lo que llevó a la adquisición de compromisos sin contar con fuentes de pago claras, generando un déficit presupuestal de -17.97%. Este déficit implica un incumplimiento de los artículos 2, 6 y 21 del Decreto 115 de 1996 y el artículo 17 de la Ley 1797 de 2016, evidenciando una gestión presupuestaria inadecuada. Además, el **Hallazgo N.19** El **Hallazgo N.19** señala que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta diferencias significativas en los estados financieros comparativos de 2023 y 2022. A pesar de que estos estados financieros están certificados por el contador y el revisor fiscal, no se evidencia una revelación adecuada de estas variaciones, lo que constituye un incumplimiento de las normativas establecidas para empresas que no cotizan en el mercado de valores y no captan ni administran ahorro del público, según el **Capítulo 6 "Normas para la presentación de estados financieros y revelaciones"** de la **Resolución 414**, numeral 5-6. Las diferencias entre los estados financieros presentados afectan la transparencia de la información financiera, ya que las cifras analizadas por el equipo auditor del 31 de diciembre de 2023 no están debidamente reveladas ni explicadas, lo que limita la comprensión y correcta interpretación de los estados financieros comparativos con respecto a diciembre de 2022. Estos hallazgos se relacionan directamente con el riesgo **GF22029**, que involucra la posibilidad de afectación de la imagen o reputación debido a registros contables incorrectos o fuera de los requerimientos normativos. En el caso del **Hallazgo N.17**, la falta de actualización de las políticas contables contribuye a un manejo deficiente de la información financiera, mientras que en el **Hallazgo N.18**, la asignación de compromisos sin un respaldo adecuado de ingresos refleja una gestión presupuestaria que no se ajusta a los procedimientos y normativas establecidas, afectando así la transparencia y la correcta presentación de los hechos económicos de la entidad. Por otro lado, el **Hallazgo N.19** al señalar la falta de revelación de las diferencias significativas en los estados financieros comparativos, amplifica el riesgo de afectación a la reputación institucional.	materialización parcial del riesgo, al reflejar incumplimiento de requerimientos normativos y posibles impactos reputacionales para la E.S.E.

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
Gestión Financiera. GF22030. Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por pago inoportuno de las obligaciones a los proveedores de bienes o servicios, debido a falta de seguimiento de los supervisores de los contratos de los requisitos contractuales e insuficiencia de recursos por el bajo recaudo obtenido de las entidades.	**Contraloría. Hallazgo N.27** Una vez legalizado el contrato y designado el funcionario que ejercerá la supervisión, le corresponde a este último mantener el expediente actualizado y en orden hasta la liquidación del mismo, por lo tanto, y una vez efectuada la revisión a los procesos contractuales que hicieron parte de la muestra de auditoría, este órgano de control considera que la labor ejercida por los supervisores, en cuanto a administración y gestión de documentos. El equipo auditor de la Contraloría pudo evidenciar que los informes de supervisión en los expedientes contractuales de la muestra de contratación son muy superficiales como es el caso del contrato de prestación de servicios No. 2023-229, respecto de las actividades que desarrolló el contratista y al seguimiento financiero, Adicional se evidencio que la relación de documentos contractuales no se adjunta al expediente contractual cronológicamente, se evidencia órdenes de pago que están publicados en plataformas de Secop II y Sia Observa pero no se evidencian dentro del expediente contractual y que es responsabilidad del supervisor velar por la entrega completa del expediente contractual. El hallazgo registra connotación A: Administrativo para Plan de Mejoramiento. Este hallazgo resalta la necesidad urgente de mejorar la supervisión y gestión documental en los contratos, para evitar la afectación de la imagen institucional y mitigar el riesgo de pagos inoportunos que podrían generar desconfianza en el manejo financiero del hospital.	Los hallazgos de la Contraloría (N.º 27) y de la Supersalud (N.º 17, 18 y 20) evidencian debilidades en la supervisión contractual, la gestión documental de los expedientes y la gestión financiera de la E.S.E., aspectos que guardan relación directa con el riesgo GF22030, el cual contempla la posibilidad de afectación de la imagen institucional por pagos inoportunos a proveedores, derivados de una supervisión inadecuada y del bajo recaudo de recursos. Estos hallazgos confirman la materialización parcial del riesgo, dado que se identifican deficiencias tanto en el seguimiento de los contratos como en la disponibilidad presupuestal oportuna para cumplir las obligaciones financieras.
	Supersalud. Hallazgo N.17,18 y 20 En el **Hallazgo N.17**, se identificó que la E.S.E no ha actualizado su manual de políticas contables, particularmente en lo relativo a las cuentas por cobrar y por pagar. Esta omisión afecta la correcta gestión contable y financiera de la entidad, lo que podría generar discrepancias en los registros financieros y dificultar la asignación adecuada de los pagos. Esta falta de claridad contable podría derivar en pagos inoportunos o erróneos a proveedores, afectando la reputación de la institución. El **Hallazgo N.18** revela una gestión presupuestaria deficiente, en la que se incorporaron apropiaciones presupuestales que superaron la expectativa de recaudo real, resultando en un déficit presupuestal del 17.97%. Este déficit pone en riesgo la disponibilidad de recursos suficientes para cumplir con las obligaciones contractuales a tiempo. En consecuencia, se corre el riesgo de generar pagos tardíos a proveedores, lo que afectaría negativamente la imagen y confiabilidad del hospital ante sus socios comerciales. El **Hallazgo N.20**, resalta la falta de supervisión adecuada en los	

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
	procesos contractuales y el incumplimiento de los requisitos normativos establecidos para los expedientes contractuales. En particular, se evidenció que los informes de supervisión son superficiales y no se presentan todos los documentos contractuales de manera ordenada y cronológica. Esto sugiere una gestión contractual deficiente que podría retrasar los pagos a proveedores debido a la falta de un seguimiento adecuado y la falta de documentación oportuna. La ausencia de una supervisión efectiva aumenta el riesgo de que los pagos a proveedores no se realicen de manera puntual, lo que deteriora aún más la imagen y reputación de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.	
Gestión Financiera. GF22074. Probabilidad de afectación económica por perdida de recursos económicos; debido a entrega incompleta de soportes de facturación por la atención servicios de salud prestados al usuario y falta de adherencia a procesos y procedimientos.	**Contraloría. Hallazgo N.10 y 11** En el **Hallazgo N.10** la Contraloría expone que las cuentas por cobrar de la E.S.E. a 31-12-2023, ascendieron a la suma de $347.828.951.658, las cuales se encuentran detalladas por edades así: **Días de vencimiento** / **Valor de la cartera** / **Porcentaje dentro del total de la cartera** De 0 a 60 días — $42.879.855.452 — 12% De 61 a 90 días — $15.093.027.908 — 4% De 91 a 180 días — $34.792.990.462 — 10% De 181 a 360 días — $35.809.069.049 — 10% Mayor a 361 días de vencida — $219.254.008.786 — 63% **Total — $347.828.951.658 — 100%** Se observa en el cuadro anterior, que la cartera mayor a 361 días de vencida por $219.254.008.786, ocupa el mayor porcentaje (63%) dentro del total de la cartera y de este monto $173.085.698.634, corresponde a cartera con las entidades en proceso de liquidación o liquidadas, donde Convida en Liquidación adeuda a la E.S.E., Hospital $106.810.063.730 es decir el 62%, del total adeudado por las entidades en liquidación o liquidadas. Ahora bien, de esta cifra adeudada por Convida en Liquidación, el sujeto de control informó haber radicado las reclamaciones en las siguientes fechas: 12/05/2022,11/15/2022 y 12/09/2022, reclamaciones que no han sido reconocidas por parte de Convida en Liquidación. Seguido se encuentra ECOOPSOS en Liquidación, quien adeudaba a la E.S.E. Hospital a 31-12-2023 la suma de $28.451.490.135, realizando según lo informó el sujeto de control la reclamación de la acreencia en mayo 31 de 2023 y de este valor fue notificado de la Resolución de Reconocimiento 023 del 19 de diciembre del 2023 por parte de Ecoopsos en liquidación, donde del valor reclamado de $28.493.089.732 la entidad en liquidación reconoció $19.279.531.705 y rechazo $9.213.558.027, interponiendo la E.S.E., Hospital Universitario de la Samaritana recurso de reposición en diciembre 29 de 2023 ante	Los hallazgos N.º 10 y 11 de la Contraloría evidencian una relación directa con el riesgo institucional GF22074, ya que reflejan deficiencias en la gestión de la facturación, radicación y seguimiento de cuentas por cobrar, que derivan en la pérdida o no recuperación oportuna de recursos económicos. Las situaciones descritas —como la alta concentración de cartera en entidades liquidadas, reclamaciones no reconocidas y facturación pendiente por radicar— confirman una materialización parcial del riesgo, debido a la falta de adherencia a los procedimientos establecidos para el registro, radicación y cobro de los servicios prestados. Esto impacta directamente la sostenibilidad financiera de la E.S.E. y la oportunidad en la

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
	Ecoopsos en Liquidación en contra de la Resolución de Reconocimiento 023 del 19 de diciembre del 2023, recurso que fue recibido por la entidad en liquidación, en enero 4 de 2024 . El **Hallazgo N.11** refleja que según la información allegada por el sujeto de control se presenta facturación pendiente de radicar de las vigencias 2022 y 2023 por $2.247.145.875, llamando la atención que de este monto $464.504.788 corresponde a facturación de la vigencia 2022 y del año 2023 se destaca la no radicación de la facturación ante la EPS Sanitas en intervención bajo medida de toma de posesión en cuantía de $434.089.550, Asociación Mutual SER, Empresa Solidaria por $333.680.467, Famisanar en cuantía de $415.011.141 y "ADRES" la suma de $793.214.549. Ambos hallazgos evidencian deficiencias en la gestión de la facturación y el seguimiento de las cuentas por cobrar. La falta de un proceso adecuado de cobro y radicación de facturas afecta directamente los ingresos que la E.S.E debería recibir por los servicios de salud prestados.	recuperación de ingresos institucionales.
Ingeniería Hospitalaria. GIF22058. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por aumento en tiempo y costo de las obras de modernización del HUS y sus sedes, debido a inadecuado cálculo de presupuesto y/o tiempo de ejecución de la obra, e inadecuado apoyo a la supervisión de la obra.	**Contraloría. Hallazgo N.4** La cuenta bancaria 049377 del BBVA con saldo en extracto bancario a 31-12-2023 de $1.134.649.669, corresponde a recursos del Convenio ICCU- 927 de 2021 - Reforzamiento Estructural- Hospital Universitario de la Samaritana, la cuenta fue aperturada en diciembre de 2021 con $168.000.000 y en noviembre 3 de 2023 fueron depositados $952.000.000 para un total de $1.120.000.000 más el valor de intereses ganados. Llamado la atención que el convenio 927 de 2021 presentó tres (3) modificaciones (junio 9, 1 de septiembre de 2022 y 6 de enero de 2023), las cuales obedecieron a dificultades en el otorgamiento de la licencia de construcción que fue resuelta el 18 de enero de 2023, luego de trascurrir más de dos años, se da inicio a la ejecución contractual en octubre de 2023, suscribiendo los contratos 925 y 929 de 2023, de construcción e interventoría respectivamente, contratos que al 16 de mayo de 2024 presentan un avance del 16,76%, como lo informó el sujeto de control. El riesgo GIF22058 se materializa en este hallazgo debido a que el cálculo inadecuado del presupuesto y/o el tiempo de ejecución de la obra, combinado con un posible inadecuado apoyo a la supervisión, podría derivar en una ejecución ineficaz del proyecto.	El hallazgo N.º 4 de la Contraloría se relaciona directamente con el riesgo institucional GIF22058, al evidenciar retrasos en la ejecución del Convenio ICCU-927 de 2021 por demoras en licencias y modificaciones contractuales. Estas situaciones reflejan deficiencias en la planeación del tiempo y presupuesto, lo que confirma una materialización parcial del riesgo, con posible impacto económico y reputacional para la E.S.E.
Gestión Servicios Hospitalarios. PH22054.	**Supersalud. Hallazgo N.12** Argumentan que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA no garantiza el cumplimiento de	El hallazgo N.º 12 de la Supersalud se relaciona directamente con el riesgo

Riesgo (Tomado de la Matriz Gestión de Riesgos Institucionales 2025)	Entidad que Reporta y Resumen del Hallazgo	Análisis 2025
Posibilidad que durante la atención de HOSPITALIZACIÓN se presenten complicaciones al paciente por fallas administrativas, debido a inadecuada comunicación, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica y falta de adherencia a guías y protocolos.	sus responsabilidades frente a las características básicas de la historia clínica definidos en el artículo 3 "integralidad, la secuencialidad y oportunidad" de la resolución 1995 de 1999.	institucional PH22054, al evidenciar deficiencias en la integralidad, secuencialidad y oportunidad de la historia clínica, conforme a la Resolución 1995 de 1999. Estas fallas reflejan incumplimientos en la adecuada comunicación y registro de la atención hospitalaria, lo que confirma una materialización parcial del riesgo, con posible afectación en la calidad y seguridad de la atención brindada a los pacientes.
Gestión Servicio de Urgencias. GU22038. Posibilidad de afectación económica y reputacional (Riesgo Clínico) por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de urgencias debido a inoportunidad durante la admisión administrativa, inadecuada Clasificación de triage, Inoportunidad en la atención de consulta de urgencias, falta de adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales.	**Supersalud. Hallazgo N.9 y 13** El **Hallazgo N.9** señala que La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA no garantiza la atención en el tiempo definido para los usuarios clasificados como triage II, descrito en el numeral 5.2 del artículo 5 de la Resolución 5596 de 2015, y el **Hallazgo N.13** señala que La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA no cumple con sus responsabilidades como prestador para la clasificación de Triage, descrita en el numeral 9.5 del artículo 9 y el artículo 10 de la resolución 5596 de 1995.	Los hallazgos N.º 9 y 13 de la Supersalud evidencian fallas en la clasificación y atención oportuna de pacientes en urgencias, reflejando una falta de adherencia a los protocolos institucionales y confirmando una materialización parcial del riesgo GU22038, con posible afectación en la calidad y seguridad de la atención.

El análisis de los hallazgos formulados por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría de Cundinamarca durante la vigencia 2023 permitió evidenciar una relación directa con varios riesgos institucionales vigentes en la matriz de riesgos 2025, especialmente en los procesos de Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Gestión de Servicios Hospitalarios y Gestión del Talento Humano.

De manera general, los hallazgos analizados reflejan materializaciones parciales de riesgos previamente identificados, asociados principalmente a:

- Deficiencias en la gestión contable, presupuestal y financiera;
- Debilidades en la supervisión y documentación contractual;
- Fallas en la adherencia a los procedimientos asistenciales y clínicos;
- Limitaciones en la articulación docente-asistencial frente a la capacidad instalada.

La revisión comparativa con la Matriz institucional 2025 evidencia que los riesgos mantienen vigencia y pertinencia, confirmando la capacidad del mapa institucional para anticipar eventos críticos de tipo financiero, administrativo y asistencial.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora orientadas a fortalecer los controles sobre los procesos de radicación y cobro de facturación, conciliación contable, supervisión contractual y cumplimiento de protocolos de atención.

En conclusión, los hallazgos de la vigencia 2023 continúan aportando elementos para el mejoramiento del Sistema de Control Interno, en tanto permiten validar la efectividad de los controles implementados y priorizar acciones correctivas en los procesos con mayor exposición al riesgo.

2.3. Hallazgos Supersalud (riesgos no contemplados inicialmente en la matriz)

En este apartado se presentan los hallazgos reportados por la Superintendencia Nacional de Salud que, en su momento, no se encontraban contemplados dentro de la matriz institucional de riesgos.

Durante la actualización 2025, se realizó una nueva verificación y análisis comparativo con los riesgos actuales, con el propósito de establecer si se encuentran hoy cubiertos o si es necesario su ajuste o incorporación.

Tema (Riesgo)	Hallazgos Supersalud (riesgos no contemplados inicialmente en la matriz)	Análisis 2025
1. Incumplimiento de estándares de infraestructura	**Hallazgo N.7** "La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA incumple con los requisitos mínimos requeridos en el servicio de urgencias estipulados en el numeral 28.7 del estándar de dotación del numeral, 16.3 del estándar de talento humano, 18.13 y 18.17.1 del estándar de infraestructura del capítulo 11.6.1 "servicio de urgencias", ítem 32 del numeral 11.1.2 del capítulo 11.1. Estándares y criterios aplicables a todos los servicios." El análisis de los servicios de urgencias en el Hospital Universitario de la Samaritana y el Hospital Regional de Zipaquirá evidenció incumplimientos en los estándares de infraestructura que afectan la calidad y seguridad en la atención de los pacientes, particularmente en el contexto de la sobreocupación y las limitaciones físicas de las instalaciones.	El hallazgo se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025 bajo el riesgo GU22038 – Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en la atención integral del paciente en urgencias debido a deficiencias administrativas y operativas, el cual contempla las limitaciones de infraestructura que afectan la seguridad y

	Hospital Universitario de la Samaritana - Sede Bogotá El reforzamiento estructural en el área de urgencias y cirugía, aunque necesario, ha reducido considerablemente la capacidad instalada, obligando a la entidad a implementar un plan de contingencia. Sin embargo, el aumento en la demanda y la falta de espacio adecuado han reducido el espacio mínimo entre camillas en áreas de observación, incumpliendo con los estándares de infraestructura que garantizan el desplazamiento seguro y rápido del personal de salud. **Hospital Regional de Zipaquirá** En esta sede se observan deficiencias en infraestructura, como la falta de un puesto de enfermería en la zona de transición, ausencia de un ambiente de aislamiento permanente y carencia de placas de identificación y señalización que faciliten la accesibilidad. Estos incumplimientos comprometen la funcionalidad del espacio, la seguridad del paciente y la calidad del servicio. La infraestructura actual no permite el flujo adecuado y seguro de pacientes y personal, especialmente en situaciones de alta demanda, lo cual incrementa los riesgos de caídas y tropiezos.	oportunidad en la atención.
2. Acceso Discapacidad	**Hallazgo N.8 "**La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA no cumple los deberes relacionados a la atención inclusiva para las poblaciones en condición de discapacidad; incumpliendo lo definido en los literales a) y e) del numeral 2 del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y, el numeral 4 de la Circular Externa 10 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social."	El hallazgo no se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025. Se recomienda incluirlo como nuevo riesgo institucional asociado al cumplimiento normativo en accesibilidad y atención inclusiva, para garantizar la atención equitativa a usuarios en condición de discapacidad.
3. Vencimiento de medicamento	**Hallazgo N.14 "** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – Sede Hospital Regional de Zipaquirá incumple con sus responsabilidades en el control de fechas de vencimiento de medicamentos, lotes y registro Invima descritos en el ítem 3.6.5 del numeral 3.6 del capítulo 3 de la Resolución 1403 del 2007." **Hospital Universitario de la Samaritana - Sede Bogotá** Se observó una falta de adherencia a los protocolos internos de señalización de medicamentos próximos a vencer en el carro de paro de la Sala de Trauma. En este, se encontraron parches de marcapaso con fechas de vencimiento caducadas y deficiencias en la semaforización. Esta situación viola el procedimiento interno de la institución, que exige el uso de stickers rojos para productos próximos a vencer y controles mensuales y trimestrales, pero no se ha cumplido de forma efectiva. **Hospital Regional de Zipaquirá** El control de vencimientos también resultó deficiente en los carros de paro y kits obstétricos. La auditoría reveló fallas en el seguimiento de fechas de vencimiento, lotes y registros sanitarios, lo que refleja una falta de consistencia en los controles mensuales y trimestrales requeridos. Este incumplimiento aumenta el riesgo de uso de medicamentos caducados en situaciones críticas.	El Hallazgo N.14 sí está contemplado, pero distribuido entre los riesgos GSC22057 (carros de medicamentos / dispensación) y PH22053 (kits obstétricos / control de insumos). Se sugiere proponer un ajuste o agrupación en la matriz de riesgos institucional 2025 para que el hallazgo "control de vencimientos" quede explícito y centralizado como riesgo único y directo.

4. Eventos Adversos	**Hallazgo N. 15** "La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, no evidencia la realización de la totalidad de actividades programadas en los planes de mejoramiento derivados de los análisis de los eventos adversos prevenibles tomados como casos trazadores, a fin de subsanar las deficiencias en la atención en salud que afectaron la seguridad del paciente, incurriendo presuntamente en el incumplimiento de los numerales 1, 4.4 del numeral 4 del numeral 11.1.5. del numeral 11.1 del numeral 11 del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 del 2019 en el marco de la implementación de la Política Nacional de Seguridad del Paciente, literal c) del numeral 1 de la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de usuarios obligatorias en el SUH, numeral 2 del artículo 2.5.1.4.3 del Decreto 780 de 2016".	El hallazgo se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025 bajo el riesgo PH22054 – Posibilidad de complicaciones al paciente por fallas administrativas o falta de adherencia a protocolos, el cual contempla los eventos adversos derivados de la atención hospitalaria.
5. Seguridad del Paciente	**Hallazgo N. 16 "**La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA no asegura la implementación las buenas prácticas de seguridad de paciente obligatorias según su complejidad, incurriendo en el incumplimiento de los numerales 4.1, 4.3, 4.4 del numeral 11.1.5 estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 "Estándares y Criterios aplicables a todos los servicios" del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019." Supersalud identificó múltiples acciones inseguras que comprometen la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Zipaquira, tales como: • Sobreocupación en urgencias con pacientes en pasillos sin identificación adecuada, lo que afecta la administración segura de medicamentos. • Mezcla de pacientes con patologías infecciosas y no infecciosas sin aislamiento. • Manejo inadecuado de residuos y disposición insegura de agujas. • Obstrucción de áreas esenciales como baños con equipos y mobiliario. Deficiencias en limpieza, desinfección y control de insumos médicos.	El hallazgo se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025 a través de los riesgos GU22038 y PH22054, que abordan las deficiencias en la seguridad del paciente, adherencia a protocolos y fallas en la gestión del riesgo clínico.
6. Manual de políticas contables desactualizados	**Hallazgo N. 17** "La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA no ha actualizado su manual de políticas contables, en particular los numerales de cuentas por cobrar y cuentas por pagar, con lo cual incumple con el artículo 1, 2 de la Resolución 332 de 2022 y el numeral 8.1.2 del anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019 y modificatoria, en concordancia con las normas previstas para el Sistema de Información Contable de los prestadores de servicios de salud en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993".	El hallazgo no se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025. Se recomienda su inclusión como nuevo riesgo asociado al incumplimiento de normatividad contable y financiera, para asegurar la actualización y correcta aplicación de políticas contables institucionales.

7. Apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo	**Hallazgo N. 18 "**La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, en su proceso de programación presupuestal incorporó durante la vigencia 2023, apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo, lo que implicó la adquisición de compromisos sin contar con una fuente cierta que respaldara su pago, generando déficit presupuestal del recaudo frente a los compromisos adquiridos del -17.97% (-$56.748 millones) dado por recaudos de $259.011 millones y compromisos de $315.760 millones, comportamiento que implica un incumplimiento a lo establecido en los artículos 2, 6 y 21° del Decreto 115 de 1996, en concordancia con el artículo 17 de la Ley 1797 del 13 de julio de 2016 modificado por la Ley 1940 de 2018, art. 128."	El hallazgo se encuentra parcialmente incorporado en el riesgo GF25090 – Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido a desequilibrios financieros o presupuestales, por lo que se recomienda ajustar su descripción para reflejar explícitamente los riesgos de planeación presupuestal deficiente y déficit fiscal.
8. Estados Financieros Componentes que presentan desigualdad significativa	**Hallazgo N. 19 "**La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA respecto a la presentación en los Estados financieros comparativos, presentan diferencias significativas, cuyos Estados están certificados por el contador y revisor fiscal , pero no se evidencia una revelación frente a estas variaciones lo que hace que se este incumplimiento el marco normativo para empresas que no cotizan en el mercado de valores, y que no captan ni administran ahorro del público, incorporado al régimen de contabilidad público en el Capítulo 6 "NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS Y REVELACIONES" de la Resolución 414 de lo establecido en el numeral 5-6. Dadas las diferencias presentadas anteriormente, las cifras analizadas del 31 de diciembre de 2023 por parte del equipo auditor corresponderá a las cifras presentadas en los estados financieros anualizados a 31 de diciembre 2023 comparativos a diciembre de 2022"	El hallazgo no se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025. Se sugiere incluir un nuevo riesgo en el proceso de Gestión Financiera, relacionado con inconsistencias en la presentación y revelación de información financiera, para garantizar la transparencia contable.
9. Contratación de Temporales	**Hallazgo N. 20** "La ESE Hospital Universitario de la Samaritana presuntamente incumplió lo establecido en el artículo 2.2.6.5.6. del Decreto 1072 de 2015, al contratar con la empresa de servicios especiales para empresas S.A.S.-Sespem SAS, sin encontrarse en alguno de los casos taxativamente establecidos para la contratación de este tipo de empresas." Supersalud destaca los siguientes puntos: 1. **Planta de personal insuficiente:** De 425 cargos, 170 están vacantes, lo que ha llevado a la vinculación de 1,135 colaboradores a través de empresas de servicios temporales. 2. **Irregularidades en la contratación temporal:** Según el Decreto 1072 de 2015, las empresas de servicios temporales solo deben ser contratadas en situaciones específicas (labores ocasionales, reemplazos o incrementos en servicios). Sin embargo: • Las labores contratadas son de carácter misional y permanente, no ocasional ni transitorio. • No se evidencia que los trabajadores en misión sustituyan personal en vacaciones, licencias o incapacidades.	El hallazgo no se encuentra incorporado en la Matriz Institucional de Riesgos 2025. Se recomienda incluir un nuevo riesgo en el proceso de Gestión del Talento Humano, enfocado en la contratación irregular de personal temporal y afectación al cumplimiento normativo laboral.

El análisis de los hallazgos formulados por la Superintendencia Nacional de Salud, que inicialmente no estaban contemplados en la Matriz Institucional de Riesgos, permitió identificar que varios de ellos ya se encuentran actualmente integrados o abordados parcialmente dentro de los riesgos actualizados para la vigencia 2025, evidenciando la evolución y fortalecimiento del sistema de gestión del riesgo.

En particular, los hallazgos relacionados con infraestructura hospitalaria, seguridad del paciente y eventos adversos se encuentran cubiertos por riesgos clínicos y asistenciales vigentes (GU22038, PH22053, PH22054 y GSC22057). Esto demuestra que la institución ha avanzado en la consolidación de riesgos integrales que articulan los componentes de atención segura, infraestructura y gestión asistencial.

No obstante, se identificaron brechas que ameritan incorporación o ajuste en la matriz, especialmente en los siguientes temas:

- Cumplimiento normativo en accesibilidad y atención inclusiva para personas con discapacidad.
- Actualización del manual de políticas contables y transparencia en la información financiera.
- Gestión presupuestal y riesgo de déficit fiscal.
- Contratación de personal temporal y cumplimiento del marco normativo laboral.

Estos aspectos representan áreas críticas que deben fortalecerse dentro del mapa de riesgos institucional, garantizando su trazabilidad y tratamiento preventivo en los procesos de Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano y Gestión Administrativa.

En conclusión, la verificación realizada evidencia un avance significativo en la cobertura de riesgos asistenciales y operativos, pero también plantea la necesidad de ampliar la matriz institucional para integrar riesgos normativos y financieros emergentes, reforzando así la capacidad de anticipación y respuesta del Sistema de Control Interno.

2.4. Hallazgos Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023 (riesgos no contemplados inicialmente en la matriz)

Finalmente, se incluyen los hallazgos formulados por la Contraloría de Cundinamarca durante la vigencia 2023 que, al momento de su emisión, no estaban contemplados en la matriz institucional.

Para el ejercicio de 2025 se efectuó una revisión actualizada, contrastando cada hallazgo con los 78 riesgos de la matriz institucional vigente, a fin de determinar su relación, la posible materialización de alguno de ellos o la pertinencia de crear riesgos adicionales.

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
1. Costos	SISTEMA DE INFORMACIÓN FINANCIERA DINÁMICA GERENCIAL (DGH):	Parcialmente relacionado. En la Matriz institucional 2025 no existe un riesgo

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
	Hallazgo N.1 "El sujeto de control informó mediante certificación del 22 de mayo de 2024, que el Sistema de Información Financiera Dinámica Gerencial (DGH), para la vigencia 2023 presentó 19 módulos, de los cuales en funcionamiento se encuentran 18 y con respecto al módulo de Costos precisó que durante la vigencia 2023 se han adelantado actividades para poner en funcionamiento el módulo y en proceso se encuentran cuatro actividades así: "a) Costos por procedimiento, b) Contabilización mediante el proceso de cierre de costos mensual, c) Desagregación a nivel de subcuentas de la cuenta 7 y d) Revisión de la cuenta 5897 en el módulo de nómina".	explícito denominado "Costos - implementación módulo DGH". Hay riesgo GF22029 (registro de información contable fuera de requerimientos) en la matriz vigente, que puede cubrir parcialmente problemas de integración o registro derivados de módulos financieros incompletos, pero no cubre de forma explícita la implementación - operatividad del módulo de costos del DGH. Se sugiere incorporar un riesgo específico sobre Implementación y consolidación del módulo de Costos (DGH) o ampliar la descripción del riesgo con código GF22029 para dejar explícita la cobertura del módulo de costos.
2. Incapacidades	**Hallazgo N.12** "En la contabilidad a 31-12-2023 se registra como cuentas por cobrar por este concepto la suma de $40.377.000, en respuesta al oficio 10 del 20 de mayo de 2023, el sujeto de control allegó la relación de las incapacidades pendientes de recobro informado que se presentan incapacidades de vigencias anteriores al año 2023 por $3.416.919 y de la vigencia 2023 de $36.786.579, además informó que del total de las incapacidades por $40.377.000, las E.P.S han reconocido la suma de $20.392.403, quedando pendiente el recobro de $19.984.59.597."	No incorporado de forma explícita. En la matriz de riesgos institucional 2025 no hay un riesgo que mencione expresamente incapacidades / recobro de incapacidades. Sugerencia: incluir nuevo riesgo en Gestión Financiera relativo a recobro de incapacidades y recuperación de recursos por prestaciones sociales/incapacidades, o incluirlo como sub-tema dentro del riesgo con código GF24080 si se quiere agrupar con riesgos de cartera/recuperación.
3. Procesos ordinarios laborales	**Hallazgo N. 18** "Según certificación emitida por el sujeto de control con fecha 09 de febrero de 2024 y reportada en la rendición de la cuenta anual 202313 formato f_15a e información registrada en la nota No. 23 a los estados financieros, se indica que a 31-12-2023, se presentan (38) procesos en provisión contable con calificación de riesgo alto de pérdida el proceso, bajo la cuenta 2701. Los citados procesos se encuentran detallados de la siguiente manera: Procesos Ordinarios Laborales (3) por valor de $77.301.236, Procesos Reparación Directa (15) por $ 5.048.685.278, Nulidad y Restablecimiento del Derecho (19) por valor de $620.608.446 y un (1) Ejecutivo por $503.505.740, para un total de procesos judiciales provisionados en la vigencia 2023 de $6.250.100.700" **Hallazgo N.22** "La evaluación realizada a los procesos judiciales determina que existe un riesgo en la contratación de prestación de servicios con personas naturales, ya que existen treinta y seis (36) demandas ordinarias laborales con la pretensión de un contrato realidad por un valor de $ $1.845.190.095"	Parcialmente relacionado. En la Matriz institucional 2025 no hay un riesgo que describa textualmente "procesos judiciales laborales / contrato realidad" como riesgo único. Existen riesgos del proceso Gestión del Talento Humano (por ejemplo TH22040 sobre sanciones por intermediación laboral) que pueden cubrir parte de la exposición derivada de contratación irregular, pero no reflejan explícitamente la magnitud económica de los procesos judiciales ni el riesgo de provisiones/contingencias. Sugerencia: crear un riesgo específico en el proceso de Gestión del Talento Humano sobre procesos laborales, contingencias por contrato-realidad y provisiones judiciales, o ampliar el riesgo con código TH22040 para incorporar explícitamente demandas por contrato realidad y su impacto económico.

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
	Ambos hallazgos están vinculados con procesos ordinarios laborales que reflejan riesgos asociados a deficiencias en la contratación de personal y el manejo de las relaciones laborales. La suma de los valores provisionados en procesos laborales (hallazgos N.18 y N.22) asciende a $1.922.491.331, representando un riesgo económico significativo.	
4. Retrasos en la ejecución de obras	**Hallazgo N.4** "La cuenta bancaria 049377 del BBVA con saldo en extracto bancario a 31-12-2023 de $1.134.649.669, corresponde a recursos del Convenio ICCU- 927 de 2021 - Reforzamiento Estructural- Hospital Universitario de la Samaritana, la cuenta fue aperturada en diciembre de 2021 con $168.000.000 y en noviembre 3 de 2023 fueron depositados $952.000.000 para un total de $1.120.000.000 más el valor de intereses ganados. Llamado la atención que el convenio 927 de 2021 presentó tres (3) modificaciones (junio 9, 1 de septiembre de 2022 y 6 de enero de 2023), las cuales obedecieron a dificultades en el otorgamiento de la licencia de construcción que fue resuelta el 18 de enero de 2023, luego de trascurrir más de dos años, se da inicio a la ejecución contractual en octubre de 2023, suscribiendo los contratos 925 y 929 de 2023, de construcción e interventoría respectivamente, contratos que al 16 de mayo de 2024 presentan un avance del 16,76%, como lo informó el sujeto de control."	Incorporado. Existe en la Matriz 2025 el riesgo IH22058 (Ingeniería Hospitalaria) que contempla aumento en tiempos y costos de obras por problemas de planeación, licencias y supervisión. Este hallazgo coincide con IH22058. Acción: mantener la vinculación y verificar que el alcance del riesgo incluya proyectos por convenios interadministrativos y retrasos por licencias/permiso.
5.Ejecución de Ingresos / Venta de Servicios de Salud	**Hallazgo N.20** "De un presupuesto de ingresos definitivo aprobado de la vigencia 2023 de $321.233.204.225, la venta de los servicios de salud correspondieron a la suma de $189.025.134.079 de los cuales se reconocieron (ventas de servicios) $276.402.788.395 equivalente al 146% de lo presupuestado, y los recaudos en la vigencia por estos reconocimientos solo alcanzaron el 44%, es decir $121.406.487.736, nótese que del total reconocido en la vigencia 2023, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana sólo recaudo $121.406.487.736 por la venta de los servicios de salud, situación que posiblemente puede conllevar al incrementando de la cartera."	Incorporado. Coincide directamente con el riesgo con código GF24080, Posibilidad de afectación económica y reputacional por no recuperación de cartera, que cubre demora en radicación, recaudo y afectación de flujo. Mantener vínculo y, si procede, referenciar el monto/evidencia para priorización.

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
6. Recuperación de recursos por pago de sentencias	**Hallazgo N.21** "Como se puede observar en el cuadro siguiente, el ente auditado informó estar adelantado gestiones tendientes a la recuperación de los recursos, sin embargo, a la fecha no se ha dado ningún pronunciamiento frente al resarcimiento de los recursos."	No incorporado de forma explícita. No existe en la matriz institucional 2025 riesgo que nombre específicamente la ineficiencia en recuperación de recursos por sentencias/judiciales. Sugerencia: incluir un riesgo en Gestión Financiera sobre recuperación/ejecución de sentencias y resarcimiento de recursos, o integrarlo como sub-riesgo dentro de un riesgo de cartera/recuperación existente (si se decide agrupar).

Concepto del pago y gestiones adelantadas por el sujeto de control.	No. de Resolución que ordenó el pago y la fecha.	Valor
Condena judicial de proceso de reparación directa No. 11001333603720130000300. "Analizado en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la Entidad, donde se decidió adelantar Acción de Repetición, precisan que actualmente cuenta con demanda radicada a la espera de auto admisorio contra Aux Enfermer Radamel que estamos en dentro de la atención."	516 del 30 de octubre de 2023	$532.43
Condena judicial a favor de la señora Adriana Luna Feo, dentro del proceso de nulidad y restablecimiento del derecho. "Proceso analizado en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la entidad en donde se determinó iniciar ante el medio de control reparación directa proceso contra CCA TEMPORAL para recuperar este dinero pagado en la condena (proceso radicado a la espera de auto admisorio."	268 del 30 de mayo de 2023	$12.217.2
Condena Judicial a favor del señor Rafael Armando Ortiz Pacheco dentro del proceso de nulidad y restablecimiento del derecho. "Proceso analizado en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la entidad en donde se determinó iniciar ante el medio de control reparación directa proceso contra CCA TEMPORAL para recuperar este dinero pagado en la condena (proceso radicado a la espera de auto admisorio."	277 del 9 de mayo de 2023	$80.457.
Sanción por la presentación parcial de la información descrita en los artículos 1 y 2 de la Resolución DDI-006005 del 04/04/22 de la Secretaría de Hacienda Distrital. "En sesión del Comité de Conciliación y Defensa Judicial de 20 de septiembre de 2023 Acta No. 24 de 2023 se decidió: "1. Realizar el pago de la sanción y tener en la Secretaría Central de Hacienda y que pertinentemente se analizan las acciones jurídicas a que haya lugar por el pago de dicha sanción."	454 del 20 de septiembre de 2023	$12.724.0
Total		$637.83

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
7. Estudios Previos de contratación y garantías	**Hallazgo N.23** "Las Entidades Estatales deben realizar un juicioso estudio de planeación identificando sus necesidades y los medios para satisfacerlas. La planeación requiere de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana un proceso encaminado al conocimiento del mercado y de sus partícipes para utilizar sus recursos de la manera más adecuada y así satisfacer sus necesidades. Respecto de los Estudios previos y análisis del sector de los treinta y cuatro (34) contratos que hicieron parte de la muestra de contratación y que se relacionan así: 2023: 612, 263, 223, 194, 229, 231, 232, 170, 227, 264, 178, 574, 827, 216, 925, 434, 228, 218, 279, 587, 211, 549, 600, 834, 230, 630, 429, 737, 220, 930, 929, 884, 928 y 445, contaban todos con este documento esencial para determinar la justificación de la necesidad a contratar, sin embargo los estudios previos y análisis del sector carecen de una argumentación más profunda en cuanto a la justificación de la necesidad a contratar, es decir el soporte precontractual debe estar orientado a establecer la oportunidad y conveniencia técnica, jurídica y financiera del contrato a celebrar. Si bien es cierto se relaciona de manera justificada el análisis jurídico, tales como modalidad de selección y las normas que los regulan, como el análisis financiero estableciendo el valor del contrato y su forma de pago. El análisis Técnico carece de justificación de la necesidad, el responsable técnico del Estudio previo no relaciona los contratos suscritos con anterioridad para determinar si con la suscripción de contratos suscritos con fueron satisfechas las necesidades. Adicionalmente en los Estudios previos y análisis del sector que elabora el responsable técnico de cada contrato a suscribir en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, no se relaciona información de la clasificación de los bienes y servicios de las Naciones Unidas (UNSPC) así como tampoco se relaciona el análisis de riesgos y la forma de mitigarlos, lo cual es de vital importancia dentro de la etapa precontractual ya que identifica y evalúa los riesgos potencialmente altos que pueden llegar a afectar un proyecto en desarrollo y permite establecer medidas de prevención y protección adecuadas para mitigar o eliminar esos riesgos previsibles. Lo anterior se pudo evidenciar en todos los treinta y cuatro (34) Formatos de Estudio Previo de Necesidad y Oportunidad y Conveniencia de la muestra de contratación que reposan en las respectivas carpetas contractuales allegadas en el proceso Auditor y documentos rendidos al aplicativo SIA Observa. **Hallazgo N.24** "Se pudo evidenciar en la muestra de contratación que en todos los contratos 2023: 612, 263, 223, 194, 229, 231, 232,	Parcialmente relacionado. En la matriz de riesgos institucional 2025 no aparece un riesgo con texto exacto "Estudios Previos" pero sí existen riesgos relacionados con contratación y control precontractual: por ejemplo el riesgo con codigo GJ22023 (habilitar proponentes sin requisitos jurídicos), el riesgo con codigo GBS22024 (adjudicación fuera de requisitos/documentación) y otros riesgos de bienes y servicios / contratación. Los hallazgos cubren brechas amplias en planeación precontractual, gestión documental y garantías que no están completamente explicitadas en un único riesgo. Sugerencia: reforzar y ampliar la descripción de los riesgos con códigos GJ22023 y/o GBS22024 para cubrir estudios previos, análisis de riesgos precontractual, publicación o incorporar un riesgo específico sobre Estudios Previos / gestión de garantías / publicaciones contractuales.

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
	170, 227, 264, 178, 574, 827, 216, 925, 434, 228, 218, 279, 587, 211, 549, 600, 834, 230, 630, 429, 737, 220, 930, 929, 884, 928 y 445, el documento precontractual de acta de reunión del comité de compras y contratos, no se encuentra dentro de la carpeta contractual, dicho documento hace parte integral del expediente contractual de acuerdo a los términos de condiciones de los procesos de Convocatoria Pública y Subasta Inversa y todos aquellos procesos en que así lo requiera el Gerente, atendiendo siempre el interés de la entidad Y contemplando los principios fundamentales de la contratación administrativa como son entre otros, la eficacia, eficiencia y efectividad dando cumplimiento al Manual de contratación de la E.S.E." **Hallazgo N.25** "El equipo auditor evidenció que en algunos contratos de la muestra de contratación, se presentaron una serie de irregularidades que denotan que la actuación administrativa relacionada con la gestión contractual por parte de algunos supervisores carecen de una justificación más a fondo y de una acta de recibido a satisfacción de los bienes y servicios adquiridos por la Entidad. Adicional a ello en el expediente contractual No. 2023-229 no evidencia las modificaciones adición y prorroga No. 7 y 8 en el expediente, contrato No. 2023: 170, 192 el supervisor como responsable de la ejecución contractual, tuvo como fecha de inicio del contrato en aplicativo SIA Observa, la fecha de suscripción, la cual conforme a la minuta contractual clausula plazo y vigencia establece que se dará inicio a la ejecución contractual a partir del acta de inicio suscrita por parte del supervisor. El contrato de obra No. 928 de 2023 que se deriva del convenio interadministrativo 857 de 2021 entre la Secretaria de Salud del Departamento, el Municipio de Zipaquirá y la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, actualmente está suspendido por cuanto no se analizaron técnicamente los estudios con anterioridad a la suscripción del contrato ya que el mismo no contaba con los permisos requeridos para una obra de tal magnitud" **Hallazgo N.26 "**El equipo auditor procedió a realizar el ejercicio de consultar la publicación de las actuaciones administrativas en el desarrollo del proceso contractual de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, para la vigencia fiscal 2023, constatando que en el SECOP II fueron publicados, sin embargo, es de anotar que la entidad auditada, en los contratos de la muestra los cuales son los siguientes: 2023 - 612, 263, 223, 194, 229, 231, 232, 170, 227, 264, 178, 574, 827, 216, 925, 434, 228, 218, 279, 587, 211, 549, 600, 834, 230, 630, 429, 737, 220, 930, 929, 884, 928 y 445. Se evidencia que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, no está publicando todos los documentos contractuales como son el Acta de inicio, Certificados de Disponibilidad Presupuestal de las adiciones, Pólizas, también resulta pertinente mencionar que, la publicación de	

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
	los contratos se viene realizando después de los tres días que establece la norma." **Hallazgo N.28** "Deficiencia administrativa en cuanto a la constitución de garantías, el manual de contratación establece que la Oficina Asesora Jurídica aprobara las garantías mediante firma de la póliza, siempre y cuando reúna todos los requisitos y condiciones legales y reglamentarias, así como su respectivo amparo, valor asegurado y vigencia establecida para cada caso, en los contratos de la muestra de contratación 2023-612, 263, 223, 194, 229, 231, 232, 170, 227, 264, 178, 574, 827, 216, 925, 434, 228, 218, 279, 587, 211, 549, 600, 834, 230, 630, 429, 737, 220, 930, 929, 884, 928 y 445, se evidencio que las pólizas que se allegan una vez se suscribe el contrato, estas no tiene su respectiva acta de aprobación de la misma especificando la información de cada Garantía. En comunicado de la Procuraduría General de la Nación – Directiva No. 025 de fecha 16 de diciembre de 2021 Dispuso lo siguiente: "Exhortar a todos los representantes legales, ordenadores de gasto, supervisores, interventores y jefes de control interno de las entidades del sector central, territorial y descentralizado de la Rama Ejecutiva, Rama Judicial, Rama Legislativa, Organismos Autónomos, Organismos de Control dentro del ámbito de su competencia a: - Desplegar el mayor cuidado y diligencia en la aprobación de las garantías en los contratos estatales, requisito previo y necesario para su ejecución. – Establecer prácticas internas de buena gestión tendientes a verificar la autenticidad de las garantías otorgadas por los proponentes y contratistas. – Definir metodologías que permitan identificar los principales riesgos de gestión pública respecto de la aprobación de garantías. – A los Jefes de Control Interno, en ejercicio de sus funciones de naturaleza preventiva en materia de contratación, aplicar los mecanismos de verificación y evaluación para la aprobación de las garantías." Los hallazgos evidencian que la falta de planeación adecuada en los estudios previos y la insuficiencia en la gestión de garantías generan riesgos críticos en la contratación pública: **Planeación deficiente:** Los estudios previos incompletos y la falta de análisis técnico y de riesgos afectan la selección de contratistas y la ejecución eficiente de los contratos. **Fallas en la gestión documental**: La omisión de documentos esenciales dificulta el control interno y la verificación de la legalidad y transparencia de los procesos contractuales. **Debilidades en las garantías**: La ausencia de un proceso robusto de aprobación y seguimiento de garantías pone en riesgo la seguridad jurídica y económica de la entidad.	

Tema (Riesgo)	Hallazgo Contraloría de Cundinamarca Vigencia 2023	Análisis 2025
8. Supervisión y ejecución contractual	**Hallazgo N.27** "Una vez legalizado el contrato y designado el funcionario que ejercerá la supervisión, le corresponde a este último mantener el expediente actualizado y en orden hasta la liquidación del mismo, por lo tanto, y una vez efectuada la revisión a los procesos contractuales que hicieron parte de la muestra de auditoría, este órgano de control considera que la labor ejercida por los supervisores, en cuanto a administración y gestión de documentos. El equipo auditor pudo evidenciar que los informes de supervisión en los expedientes contractuales de la muestra de contratación son muy superficiales como es el caso del contrato de prestación de servicios No. 2023-229, respecto de las actividades que desarrolló el contratista y al seguimiento financiero, Adicional se evidencio que la relación de documentos contractuales no se adjunta al expediente contractual cronológicamente, se evidencia órdenes de pago que están publicados en plataformas de Secop II y Sia Observa pero no se evidencian dentro del expediente contractual y que es responsabilidad del supervisor velar por la entrega completa del expediente contractual"	El hallazgo no se encuentra incorporado de forma explícita en la matriz institucional de riesgos 2025. Sin embargo, se relaciona parcialmente con el riesgo GBS22024 – Posibilidad de afectación económica por adjudicación de contratos sin cumplimiento de los requisitos y soportes documentales, que aborda debilidades en los procesos contractuales. Se sugiere crear o ajustar un riesgo específico en Gestión Administrativa o Bienes y Servicios, enfocado en supervisión y gestión documental de contratos, para reflejar directamente las fallas en control, seguimiento y custodia del expediente contractual.

El análisis de los hallazgos formulados por la Contraloría de Cundinamarca para la vigencia fiscal 2023 permitió evidenciar la existencia de correspondencias parciales con algunos riesgos ya incluidos en la Matriz Institucional 2025, especialmente en los procesos de Gestión Financiera, Jurídica, Talento Humano e Ingeniería Hospitalaria.

Los hallazgos sobre retrasos en ejecución de obras, gestión presupuestal, recuperación de cartera y riesgos en contratación pública se encuentran cubiertos de forma explícita por riesgos vigentes como IH22058, GF24080, GF22029, GJ22023 y GBS22024, lo cual demuestra la capacidad de anticipación del Sistema de Control Interno frente a situaciones recurrentes identificadas por los entes de control.

No obstante, se identificaron brechas temáticas que aún no están plenamente incorporadas en la matriz institucional y que ameritan ajustes o creación de nuevos riesgos, entre ellas:

- Implementación y operatividad del módulo de costos (DGH).
- Recobro de incapacidades y recuperación de recursos por sentencias judiciales.
- Procesos judiciales laborales y contingencias por contrato realidad.
- Deficiencias en los estudios previos, planeación precontractual y supervisión contractual.

Estas brechas reflejan la necesidad de fortalecer los procesos de Gestión Financiera, Talento Humano y Contratación, asegurando la incorporación de riesgos emergentes relacionados con el cumplimiento normativo, la eficiencia administrativa y la transparencia en la gestión contractual.

En conclusión, la revisión realizada evidencia que, aunque la mayoría de los hallazgos de la Contraloría encuentran cobertura parcial o total en la Matriz de Riesgos Institucional 2025, persisten riesgos operativos y normativos que deben formalizarse para garantizar una gestión integral, preventiva y alineada con las observaciones de los órganos de control fiscal.

3. Riesgos Institucionales Materializados – Información Interna y Correspondencia con la Matriz de Riesgos 2025

En este capítulo se presentan los riesgos materializados durante la vigencia 2025, reportados por los líderes de proceso mediante la encuesta "Gestión de Riesgos Institucionales" y las comunicaciones internas analizadas por la Oficina de Control Interno.

A diferencia de los hallazgos formulados por los entes de control, los eventos aquí relacionados corresponden a fuentes internas de monitoreo, lo cual fortalece la trazabilidad entre la gestión operativa del riesgo y la actualización de la Matriz Institucional de Riesgos 2025. El análisis permite determinar si los eventos reportados corresponden a riesgos ya contemplados en la matriz vigente o si representan condiciones emergentes que deberían incorporarse en próximas actualizaciones.

No.	Fuente / Proceso	Descripción del evento materializado (según encuesta o comunicación interna)	Riesgo asociado en la matriz 2025 (Código y nombre)	¿Existe en la matriz?	Observación / Sugerencia
1	Gestión de la Información TIC	Materialización del riesgo asociado al acceso indebido a los sistemas de información y reducción en los tiempos de inactivación automática de usuarios, generando vulnerabilidad en la seguridad informática institucional.	GIS22034 – Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida de información de los sistemas críticos de la HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información, posibles ataques cibernéticos y falta de adherencia a los procesos y procedimientos.	Sí	GIS22034 es el más cercano en la matriz. También considerar GIS24075/GIS24076 si se desea enfatizar seguridad/confidencialidad o integridad. Reforzar controles de acceso e inactivación automática.
2	Gestión de Servicios Hospitalarios	Posibilidad de complicaciones clínicas en neonatos por no adherencia a protocolos, guías y procedimientos.	PH22064 – Posibilidad que los neonatos tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías (displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía de la prematuridad y sepsis tardía) por fallas en la atención debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, falla en la identificación del Riesgo individual, Falla en la comunicación del equipo de salud, Inadecuada aplicación de paquetes instruccionales y débil articulación con los programas de promoción y prevención establecidas y	Sí	PH22064 corresponde directamente. Mantener seguimiento de adherencia a guías y evaluar efectividad de acciones.

			rutas implementadas.		
3	Unidad de Cuidado Intensivo (Subdirección UCI)	Casos de neonatos con eventos clínicos; se ejecutaron planes de mejoramiento coordinados con el Comité de Infecciones.	PH22064 – Posibilidad que los neonatos tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías (displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía de la prematuridad y sepsis tardía) por fallas en la atención debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, falla en la identificación del Riesgo individual, Falla en la comunicación del equipo de salud, Inadecuada aplicación de paquetes instruccionales y débil articulación con los programas de promoción y prevención establecidas y rutas implementadas.	Sí	Vinculado a PH22064. Recomendar monitoreo de indicadores y evaluación de resultados de planes de mejora.
4	Gestión de Hotelería Hospitalaria	Fugas de pacientes; se actualizó el procedimiento de ingreso y egreso para mitigar recurrencia.	GHH22032 – Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por perdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo.	Sí	GHH22032 coincide de forma directa. Verificar efectividad del procedimiento actualizado y controles físicos.
5	Talento Humano	Reporta fugas de pacientes del proceso de Hotelería, evidenciando interrelación de procesos.	GHH22032 – Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por perdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo.	Sí	Es un riesgo de Hotelería que afecta a Talento Humano en gestión operacional — incluir nota de coordinación interprocesos.
6	Atención al Usuario, Familia y Comunidad (Trabajo Social)	No oportunidad en la respuesta a una PQRSDF, afectando la satisfacción del usuario.	AUF22044 - Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSD, falta de adherencia al procedimiento de PQRSD por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o tramite a PQRSD por cualquier causa.	Sí	AUF22044 coincide directamente. Reforzar tiempos y evidencia de respuesta.
7	Planeación	Materialización de riesgos en Hotelería, Atención al Usuario y Gestión de la Información; sin detalle de causas, pero con impacto interprocesos.	No aplica (no se identifica en la matriz un riesgo transversal específico sobre articulación/interprocesos).	No	Sugerencia: incluir un riesgo transversal sobre articulación y gobernanza de procesos (o ampliar alcance en riesgos existentes que

					cubran articulación interprocesos).
8	Sede UF Zipaquirá (Coordinación)	Fugas e identificación del servicio; fallas en el proceso y acciones de mejora en curso.	GHH22032 – Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por perdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo.	Sí	Coincide con GHH22032. Documentar seguimiento y efectividad de acciones.
9	Gestión de la Información TIC *(comunicación interna)*	Interrupción de los servicios de correo y aplicaciones de Google (29/09/2025), afectando la disponibilidad de la información institucional.	GIS22034 – Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida de información de los sistemas críticos de la HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información, posibles ataques cibernéticos y falta de adherencia a los procesos y procedimientos.	Sí	GIS22034 cubre pérdida/disponibilidad de información. Sugerir planes de contingencia para servicios externos (Google).
10	Gestión Financiera / Farmacia *(comunicación interna)*	Pérdida de inventario de medicamentos controlados y extravío de 30 ampolletas de Ceftazidima/avibactam (30/12/2024), con impacto económico cubierto por la empresa temporal.	GBS24077 – Posibilidad de efectos dañosos sobre bienes públicos por pérdida, extravío o hurto de bienes muebles de la entidad, debido a la omisión en la aplicación del procedimiento para el ingreso y salida de bienes del almacén.	Sí	GBS24077 aplica claramente (pérdida/extravío de bienes). Considerar también vinculación con riesgos de Gestión Financiera si se requiere impacto presupuestal (por ejemplo GF24074 para impacto económico), verificar con Finanzas.
11	Hotelería Hospitalaria *(comunicación interna)*	Presencia de roedores en el edificio administrativo, riesgo sanitario y reputacional.	GC24086 – posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los lineamientos ambientales establecidos en la normatividad aplicable debido a deficiencias en la infraestructura física y tecnológica, falta de adherencia a los protocolos y procedimientos para el cumplimiento de los requisitos de gestión ambiental y falta de seguimiento y actualización a la matriz de aspectos legales	Parcial	Para este evento conviene considerar incorporar la variable "saneamiento / control de plagas" en GC24086, o registrar como riesgo específico de infraestructura/saneamiento.
12	Oficina de Control Interno *(comunicación interna)*	Materialización del riesgo CI24081, asociado a emisión de informe con información parcial debido a errores en la información reportada.	CI24081 – Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por emisión de informe de auditoría que no proporcione el panorama integral de lo evaluado debido a entrega de información parcial u ocultamiento por parte del proceso auditado.	Sí	Coincide exactamente. Reforzar controles de validación de fuentes y trazabilidad documental previa a emisión.

Los resultados evidencian la trazabilidad entre la gestión operativa del riesgo y la Matriz Institucional de Riesgos 2025, destacando la importancia de mantener su actualización continua. De los 12 eventos analizados, 10 corresponden a riesgos existentes, 1 requiere ajuste parcial y 1 no se encuentra contemplado, lo que reafirma la necesidad de revisar y ajustar la matriz conforme a la realidad institucional.

3.1. Respuesta de la Oficina de Planeación y Calidad – Materialización de riesgos y seguimiento a planes de mejora

En atención al oficio remitido por la oficina de control interno, mediante el cual se solicitó a la oficina de planeación y calidad el informe consolidado de riesgos materializados con corte al tercer trimestre de 2025, se recibió respuesta oficial el 31 de octubre de 2025, en la cual se informa que, de los 78 riesgos institucionales identificados, se han materializado dos (2) riesgos durante la vigencia 2025, conforme a la información reportada por los líderes de proceso a través del módulo de gestión de riesgos de Almera.

La Oficina de Planeación y Calidad indicó que el seguimiento se realiza conforme a las responsabilidades establecidas en el manual integral de riesgos, en su rol como segunda línea de defensa, validando los datos registrados en el sistema Almera y consolidando las observaciones y verificaciones correspondientes. Esta información respalda la trazabilidad institucional y confirma que, a la fecha del corte, solo dos riesgos cuentan con registro formal de materialización, lo cual coincide parcialmente con los eventos identificados en el desarrollo de la auditoría y evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de registro y análisis de eventos en el sistema.

A continuación, se presentan los detalles y el estado actual de seguimiento a los planes de mejoramiento asociados a dichos eventos:

Proceso	Descripción del riesgo materializado	ID del Plan de Mejoramiento	Estado del seguimiento Aplicativo Almera	Observaciones y análisis
Gestión de Hotelería Hospitalaria	Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por pérdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo.	**ID 3425**	Plan de mejoramiento sin actividades definidas en el plan de acción.	Aunque el evento fue reportado y validado por la oficina de planeación (fuente seguridad del paciente), no se evidencia aún trazabilidad de acciones correctivas o preventivas en el sistema Almera, lo que limita el seguimiento institucional al evento. Se recomienda priorizar el registro de actividades, responsables y medios de verificación.

Gestión de Servicios Hospitalarios	Posibilidad de complicaciones clínicas en neonatos (enterocolitis e infecciones urinarias) por fallas en la adherencia a protocolos, guías y procedimientos en la UCI Neonatal.	**ID 3403**	Nueve (9) actividades definidas, con avance ponderado del **5,56%**. Solo una acción registra avance parcial (50%), las restantes se encuentran en 0%.	Se observa que el plan cuenta con estructura completa (objetivo, causa, técnica de análisis, actividades, responsables y fechas), pero con bajo nivel de ejecución al corte analizado. Se sugiere realizar seguimiento, reforzar la adherencia a los cronogramas de capacitación y fortalecer la educación continua a cuidadores y personal asistencial, en articulación con Infectología y seguridad del paciente.

De acuerdo con la información reportada por la oficina de planeación y calidad y validada en el aplicativo Almera, ambos riesgos cuentan con seguimiento activo, aunque presentan diferencias en el nivel de avance. En el caso de Hotelería Hospitalaria, el plan aún no registra acciones definidas, lo cual exige intervención pronta para garantizar su trazabilidad. En contraste, Gestión de Servicios Hospitalarios dispone de un plan estructurado pero con baja ejecución (5,56%).

La gestión de los riesgos materializados muestra avances en el registro y seguimiento institucional; no obstante, se requiere consolidar la trazabilidad de las acciones y garantizar su ejecución efectiva, de manera que el control y la gestión del riesgo alcancen un nivel sostenido de madurez y oportunidad.

4. Seguimiento a recomendaciones anteriores

En el marco de la presente auditoría vigencia 2025, se realizó el seguimiento a las recomendaciones formuladas en el informe de auditoría vigencia 2024, con el propósito de verificar su grado de avance, las evidencias de implementación y el estado actual de cumplimiento.

Estas recomendaciones, catorce (14) en total, fueron dirigidas a las dependencias responsables de los procesos institucionales y orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno, la gestión del riesgo y la mejora continua en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). El seguimiento permitió evaluar la efectividad de las acciones correctivas adoptadas, determinar la vigencia de los riesgos asociados y establecer el impacto de las medidas implementadas en la gestión institucional.

En las siguientes tablas se presentan los resultados obtenidos, indicando para cada recomendación su estado actual, la evidencia verificada y una conclusión técnica sobre su cumplimiento.

Nota: Las recomendaciones presentadas en este apartado corresponden a las formuladas en la auditoría de la vigencia 2024 (capítulo 7 del presente informe). Se conservan sus descripciones originales con el fin de garantizar la trazabilidad de los hallazgos, actualizando únicamente su

estado, la evidencia verificada y la conclusión conforme a los resultados de seguimiento obtenidos durante la auditoría 2025.

4.1 Seguimiento recomendaciones vigencia 2024

No.	Año	Descripción de la recomendación	Estado actual	Evidencia	Conclusión
1	**2024**	Se encontró incongruencia en los riesgos publicados en la página web y en Almera se recomienda alinear los registros de riesgos en ambas plataformas para garantizar la consistencia y coherencia de la información. A continuación los riesgos que están en Armera y no en la Página Web: AD24082, DO24084, GC24085, GC24086, GHH22032, PH24087, GF24080, GU24080, AC24081. Riesgo que está en la página web pero no en Almera: GBS22032.	**Cumplida**	Durante la verificación 2025 se constató que los riesgos mencionados (AD24082, DO24084, GC24085, GC24086, GHH22032, PH24087, GF24080, GU24080, AC24081 y GBS22032) se encuentran actualizados y coinciden tanto en la plataforma Almera como en la matriz institucional publicada en la página web.	La recomendación fue atendida en su totalidad, evidenciándose la alineación entre ambas fuentes. **Se considera cerrada y se retira del presente informe.**
2	**2024**	Se evidenció que en algunos procesos no se está realizando un control adecuado sobre el plan de acción de los riesgos, ya que no se han cargado los soportes correspondientes a las actividades implementadas. A continuación, se detallan los códigos de los riesgos con actividades vencidas: AD22045, GSC22055, GSC22057, GSC22047, GSC24073, GSC22050, GC24086, GHH22032.	**Cumplida parcialmente**	Se verificaron los riesgos mencionados en la plataforma Almera. El riesgo GSC22055 presenta seis (6) actividades sin avance ni fecha de vencimiento definida, indicando que no han iniciado formalmente. Los riesgos GSC22057 y GHH22032 presentan una (1) actividad vencida cada uno para la vigencia 2025. Los demás riesgos (AD22045, GSC22047, GSC24073, GSC22050 y GC24086) se encuentran actualizados y sin actividades vencidas.	Aunque se evidencian mejoras generales en el seguimiento, persisten incumplimientos en los riesgos GSC22055, GSC22057 y GHH22032. Se recomienda reforzar el control y seguimiento de los planes de acción para garantizar su ejecución oportuna. **La recomendación continúa vigente parcialmente.**
3	**2024**	Se identificaron varios riesgos que, a pesar de estar registrados, no cuentan con un plan de acción definido ni con las actividades correspondientes para su mitigación. Los riesgos sin plan de acción son los siguientes: AD24082, GSC24070, GBS22005, GBS22006,	**Cumplida**	Se verificaron los riesgos AD24082, GSC24070, GBS22005, GBS22006, GC23068, GC22037, GE22035, PH22061 y PH22053 en la plataforma Almera, constatándose que todos	La recomendación fue atendida en su totalidad, evidenciándose la definición de planes de acción y actividades para todos los riesgos verificados.

		GC23068, GC22037, GE22035, PH22061, y PH22053. Esta omisión impide que la entidad tome las medidas necesarias para gestionar y reducir los impactos de estos riesgos.		cuentan actualmente con plan de acción y actividades definidas con fechas establecidas.	**Se considera cerrada y se retira del presente informe.**
4	**2024**	Se evidenció que en varios procesos la descripción del riesgo varía entre Almera y la Matriz de Riesgos Institucionales en la página web. Los riesgos son los siguientes: GJ22023, GE22035, PH22053, y CI22060.	**Cumplida**	Durante la verificación 2025 se constató que los riesgos mencionados presentan descripciones coherentes y coincidentes tanto en la plataforma Almera como en la matriz institucional publicada en la página web.	La recomendación fue atendida en su totalidad y se encuentra cerrada. Se evidencia alineación entre ambas fuentes de información. **Se considera cerrada y se retira del presente informe.**
5	**2024**	Se evidenciaron inconsistencias en los códigos de los riesgos y en los nombres de los procesos entre Almera y la página web. En algunos casos, los códigos asignados en Almera no coinciden con los registrados en la matriz publicada en la página web. Además, se observó que los nombres de los procesos también presentan discrepancias, lo que dificulta la alineación de la información entre ambas plataformas. Los procesos son: Gestión de Salud Pública, Control Interno, Ingeniería Hospitalaria, y en el caso de Hotelería Hospitalaria, el código en Almera es GHH22032. También se identificaron diferencias en los nombres de los procesos de Control Interno (en la página web aparece como "Auditoría y Control"), Gestión de Servicios Hospitalarios (en la página web como "Atención al Paciente Hospitalizado"), y Gestión de Servicios Quirúrgicos (en la página web como "Atención al Paciente Quirúrgico").	**Cumplida parcialmente**	Durante la verificación 2025 se constató que persisten diferencias en los nombres de los procesos publicados en la matriz institucional disponible en la página web respecto a los registrados en Almera, específicamente en los procesos Gestión de Servicios Hospitalarios (en la web figura como “Atención al Paciente Hospitalizado”) y Gestión de Servicios Quirúrgicos (en la web figura como “Atención al Paciente Quirúrgico”). Los demás procesos verificados mantienen concordancia entre ambas plataformas.	Aunque se evidencian avances en la homologación de los códigos y denominaciones, aún existen diferencias nominales en dos procesos, por lo que se recomienda continuar con la actualización de la información publicada para garantizar coherencia y trazabilidad institucional. **La recomendación continúa vigente parcialmente.**

6	**2024**	A partir de los riesgos identificados que se materializaron con los hallazgos expuestos por Contraloría y Supersalud (DO22056, GF22012, GF22029, GF22030, GF24074, GIF22058, PH2254, GU22038) y los reportados en la encuesta (AUF22044, GIS22034 y Gestión de Servicios Complementarios señaló la materialización del riesgo de: "Posibilidad de que, en la atención de Imágenes Diagnósticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacten la calidad del servicio y el bienestar de los usuarios") , se observa la necesidad de realizar una identificación exhaustiva de las causas raíces que originaron la materialización de los riesgos. Además, se requiere revisar y fortalecer los controles existentes, o modificarlos, esto para asegurar su efectividad en la prevención, reducción y mitigación de los riesgos.	**Cumplida parcialmente**	Durante la verificación 2025 no se encontraron evidencias documentadas de un análisis formal de causas raíces ni de ajustes estructurales a los controles o planes de acción asociados a los riesgos materializados. No obstante, se observan avances en la actualización de la matriz institucional y en el seguimiento de algunos riesgos en Almera.	Aunque se evidencia una mayor gestión en la actualización de riesgos, aún no se han implementado mecanismos formales de análisis de causas raíces ni el fortalecimiento documentado de los controles. Se recomienda que, en la próxima vigencia, se incorpore esta revisión dentro del Comité de Riesgos Institucional. **La recomendación continúa vigente parcialmente** hasta tanto se evidencie un análisis documentado de causas raíces y la reformulación de los controles afectados
7	**2024**	Se han evidenciado debilidades que requieren atención, como la falta de evaluación de los controles, deficiencias en la identificación y seguimiento de los riesgos, y una limitada adherencia a los procedimientos internos por parte de algunos colaboradores. Para abordar estas áreas de oportunidad, se recomienda que en las capacitaciones por parte de la Gestión Integrada de Calidad incluyan un enfoque más profundo en la evaluación y seguimiento de los controles, enfatizando su importancia en la prevención y mitigación de riesgos.	**Cumplida parcialmente**	Durante la verificación de la vigencia 2025, se evidenció que, si bien la Gestión Integrada de Calidad ha continuado con la ejecución de capacitaciones institucionales y sesiones de sensibilización en temas de gestión del riesgo y control interno, no se encontraron registros específicos que evidencien un componente formativo centrado en la evaluación y seguimiento de los controles. Las capacitaciones revisadas mantienen un enfoque general en la gestión de riesgos, sin abordar de manera sistemática la valoración de la efectividad de	Aunque la entidad mantiene un compromiso activo con la formación institucional, se requiere ajustar el contenido de las capacitaciones para incorporar la evaluación de los controles como eje fundamental de la gestión del riesgo. Este componente es esencial para garantizar que los servidores comprendan cómo medir la efectividad de los controles preventivos, detectivos y correctivos, en línea con el Decreto 1499 de 2017 y la Guía DAFP V7 (2025).

				los controles.	
8	**2024**	Con base en los hallazgos identificados por la Contraloría y la Supersalud, se evidenció que los riesgos señalados en el capítulo 2 sección 2.1 no han sido incorporados en la Matriz de Riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	**Cumplida parcialmente**	Durante la verificación 2025 se constató que varios de los riesgos mencionados en los hallazgos de los entes de control fueron incorporados o actualizados en la Matriz Institucional de Riesgos 2025, evidenciándose cobertura en temas como seguridad del paciente, infraestructura hospitalaria, cartera, ejecución presupuestal y control de eventos adversos (riesgos GU22038, PH22054, GSC22057, GF24080, GF25090 e IH22058). Sin embargo, se identificaron aspectos que aún no se reflejan plenamente en la matriz, como accesibilidad y atención inclusiva, actualización de políticas contables, contratación temporal, implementación del módulo de costos y recuperación de recursos por sentencias judiciales.	Aunque la entidad ha avanzado en la incorporación de riesgos derivados de los hallazgos de los entes de control, persisten temas no integrados en la matriz vigente. Se recomienda continuar con el proceso de actualización y fortalecimiento del Mapa de Riesgos Institucional para asegurar una cobertura integral de todos los riesgos materializados. **La recomendación continúa vigente parcialmente.**
9	**2024**	Al revisar la matriz de riesgos publicada en la página web, se identificó que los controles asociados a los riesgos no están reflejados en dicha matriz	**Cumplida parcialmente**	Durante la verificación 2025 se constató que la plataforma Almera contiene controles definidos y actualizados para los riesgos institucionales; sin embargo, en la matriz de riesgos publicada en la página web persisten omisiones, ya que algunos de estos controles no se encuentran relacionados o visibles en dicha versión.	Si bien se evidencia un avance en la definición y registro de controles dentro del aplicativo Almera, la falta de sincronización con la matriz publicada en la página web limita la transparencia y trazabilidad de la información institucional. Se recomienda actualizar la matriz publicada para reflejar integralmente los controles registrados en el aplicativo Almera. **La recomendación continúa**

					vigente parcialmente.
10	**2024**	Se identificaron controles que no cumplen con la estructura establecida en los lineamientos del DAFP ni con lo dispuesto en el Manual de Gestión de Riesgos de la E.S.E. Los procesos son: Gestión de Apoyo Diagnostico, Atención al Usuario, Familia y Comunidad, Docencia, innovación y gestión del conocimiento, Gestión Integrada de la Calidad, Gestión Estratégica, Gestión de Hotelería Hospitalaria, Gestión de Servicios Hospitalarios, Gestión Servicio de Urgencias, Gestión de Salud Pública.	**Cumplida parcialmente**	En la verificación 2025, realizada a la matriz institucional de riesgos, con base en la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), se evidenció un avance en el ajuste de los controles institucionales conforme a los lineamientos de dicha guía. No obstante, aún se identifican algunos controles que requieren complementarse en aspectos como la definición de periodicidad, responsables, medios de verificación documentada o evidencia de seguimiento.	Aunque se evidencia progreso en la estructuración de los controles según los lineamientos del DAFP, persisten oportunidades de mejora para lograr su plena estandarización y cumplimiento integral. Se recomienda continuar el proceso de ajuste y verificación para asegurar que todos los controles institucionales cumplan con los cuatro criterios mínimos exigidos por la Guía DAFP V7.
11	**2024**	Al revisar en Almera en la sección de Evaluación de controles de acuerdo al DAFP, se encontró que varios procesos no tienen la información completa diligenciada, estos son: Gestión Integrada de la Calidad, Gestión Estratégica, Gestión de Hotelería Hospitalaria, Gestión de Servicios Hospitalarios, Inteligencia de Mercados.	**Cumplida parcialmente**	El proceso de Inteligencia de Mercados acreditó cumplimiento mediante oficio CI2024500001418 del 5 de diciembre de 2024 y acta del 26 de febrero de 2024, donde se evidencia la validación y ajuste de los riesgos conforme a la Guía DAFP Versión 6. Para los demás procesos señalados no se recibió evidencia adicional que permita verificar la actualización completa en Almera.	Se considera atendida la recomendación para el proceso de Inteligencia de Mercados, al haberse demostrado la implementación de ajustes conforme a la metodología vigente. Sin embargo, la recomendación se mantiene parcialmente vigente para los procesos de Gestión Integrada de la Calidad, Gestión Estratégica, Hotelería Hospitalaria y Servicios Hospitalarios, hasta tanto acrediten la actualización y diligenciamiento integral en Almera.
12	**2024**	Durante la revisión de los procesos en la plataforma Almera, se identificó que en el atributo "Documentación" de los controles solo se menciona la definición genérica proporcionada por el Departamento Administrativo de la	**Cumplida parcialmente**	En la verificación 2025 se constató que el atributo “Documentación” se encuentra diligenciado en los controles registrados en la plataforma Almera, de acuerdo con la	Aunque la información del campo “Documentación” se encuentra diligenciada conforme al formato DAFP, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la

		Función Pública (DAFP), sin especificar dónde se encuentra la documentación de respaldo de cada control. Adicionalmente, verificar si todos los controles cuentan con documentación.		estructura definida en la pestaña "Evaluación de Controles 2025 DAFP". No obstante, se observó que en varios casos se mantiene una descripción genérica, sin especificar los soportes documentales concretos (por ejemplo, manuales, procedimientos, formatos o actas) que evidencien la implementación del control.	identificación y registro de los documentos específicos que respaldan la ejecución de cada control. Se recomienda precisar esta información para fortalecer la trazabilidad y la evidencia del seguimiento institucional. **La recomendación continúa vigente parcialmente.**
13	**2024**	Se identificó que en el Manual de Gestión de Riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana existen dos metodologías diferentes para el cálculo o determinación de la probabilidad del riesgo, lo que puede generar confusiones en su aplicación. Además, ni en Almera ni en la Matriz de Riesgos Institucionales se especifica el porcentaje de probabilidad asociada a cada riesgo ni se evidencia el cálculo del riesgo residual a partir de los controles.	**Cumplida parcialmente**	Se verificó en el archivo "Manual de Gestión de Riesgos Institucional" (versión en PDF) que se mantienen dos metodologías distintas para la estimación de la probabilidad: una cualitativa (bajo, medio, alto) y otra cuantitativa (porcentual). No se evidencia versión actualizada del manual ni acto administrativo de adopción de una metodología única.	**La recomendación permanece vigente parcialmente** hasta tanto se emita y adopte formalmente una nueva versión del Manual de Gestión de Riesgos que unifique la metodología de probabilidad y riesgo residual, conforme a la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), garantizando la trazabilidad y consistencia institucional en la valoración del riesgo.
14	**2024**	Se identificó que el riesgo asociado al proceso de Gestión de Servicios Complementarios: "Posibilidad de que, en la atención de Imágenes Diagnósticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacten la calidad del servicio y el bienestar de los usuarios", el cual ya se materializó, no se encuentra registrado en la Matriz de Riesgos Institucionales.	**Cumplida**	En la verificación de la Matriz Institucional de Riesgos 2025 se constató que el riesgo señalado sí se encuentra incorporado bajo el proceso Apoyo Diagnóstico, con código AD22045, cuya descripción corresponde a la misma situación referida en la recomendación.	Se evidencia cumplimiento de la recomendación, dado que el riesgo observado ya fue incluido formalmente en la Matriz Institucional vigente bajo el código AD22045 (Apoyo Diagnóstico). Se sugiere mantener actualizada la información y fortalecer la comunicación entre los responsables del proceso y de la gestión del riesgo para asegurar trazabilidad en futuras actualizaciones. **Se considera cerrada y se**

					retira del presente informe.

En conclusion del seguimiento a las catorce (14) recomendaciones formuladas en la auditoría 2024, se evidenció un avance general en la gestión del riesgo y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, con cuatro (4) recomendaciones cumplidas y diez (10) parcialmente cumplidas.
Persisten oportunidades de mejora en la documentación y evaluación de controles, el análisis de causas raíces de riesgos materializados y la unificación metodológica del Manual de Gestión de Riesgos, conforme a la Guía DAFP V7 (2025). En conjunto, los resultados reflejan un progreso sostenido en la implementación de acciones correctivas y en la consolidación de la cultura de autocontrol institucional.

4.2. Seguimiento recomendaciones vigencia 2023

No.	Año	Descripción de la recomendación	Estado actual	Evidencia	Conclusión
1	**2023**	Se evidencio que en el Hospital no existen procedimientos 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 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 la metodología con el paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados, 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.	**Parcialmente cumplida**	Se verificó en la plataforma Almera el documento "02GES06-V2 Definición del Presupuesto Vigencia Fiscal", el cual regula aspectos de planeación y ejecución presupuestal, pero no contempla el análisis ni reporte de riesgos fiscales. Así mismo, se constató que la Matriz Institucional de Riesgos 2025 (SICOF) incorpora riesgos con impacto fiscal en los procesos de Gestión Financiera, Bienes y Servicios, Jurídica e Ingeniería Hospitalaria; sin embargo, no se evidencia la existencia de un procedimiento formal para el Control Fiscal Interno ni un Mapa de Riesgos Fiscales elaborado conforme a la metodología DAFP (Guía V6, pág. 66 y sig.).	**La recomendación permanece vigente de manera parcial**, dado que, aunque se han identificado riesgos con impacto fiscal dentro de la matriz institucional, no se cuenta con un procedimiento ni mapa de riesgos fiscales formalmente adoptado y documentado. Se recomienda mantener la responsabilidad en cabeza de la Dirección Financiera, involucrando las dependencias señaladas en la recomendación inicial, para la elaboración e implementación de dichos instrumentos conforme a la Guía DAFP y los lineamientos de control fiscal interno.

Aunque se han identificado riesgos con impacto fiscal en la matriz institucional, la entidad aún no cuenta con un procedimiento ni mapa de riesgos fiscales formalmente adoptado. Se requiere avanzar en su elaboración e implementación, garantizando alineación con la Guía DAFP y fortaleciendo la cultura de control fiscal interno.

5. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar

Se realizó el cierre de la auditoría gestión de los riesgos de los procesos (seguimiento a los controles establecidos en la matriz riesgos institucionales), mediante correo electrónico y oficio con consecutivo CI2025500001677, fechado el 30 de Octubre de 2025. En este comunicado se compartió la información del informe preliminar de la auditoria en mención y se solicitó amablemente a los responsables del proceso que enviaran comentarios o entregaran soportes, conforme al informe preliminar hasta el lunes 10 de Noviembre de 2025, para ser evaluados y discutidos.

Se recibieron cinco (5) respuestas por parte de la oficina asesora Jurídica, por parte de la Subdirección de Mercadeo, oficina de Planeación y Calidad, Subdirección de Bienes y Servicios y por parte del proceso de gestión de servicios complementarios.

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

5.1 Oficina Asesora Jurídica

- En relación con el **Riesgo GJ22011**, formulado como "*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*", la oficina de control interno lo calificó como "No Cumple", dado que no se evidenció la explicitación del impacto sobre los objetivos institucionales, en concordancia con lo dispuesto en la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63).

Respuesta: La Dirección Jurídica Mediante Oficio CI2025500001703 manifestó que "Si cumple", argumentando que el impacto de este riesgo es implícito; debido a que si este se materializa se entiende que habría una afectación jurídica, la cual no se sabe con exactitud debido a que el delito deriva de la conducta punible, como tampoco se sabría el impacto económico que este tendría, por lo anterior expuesto el impacto de este riesgo debe ser el implícito ya que depende del caso a analizar.

Análisis de Auditoria: Tras la revisión de la respuesta, se concluye que el argumento presentado no modifica la valoración inicial, dado que la guía establece la necesidad de consignar de manera explícita el impacto del riesgo para garantizar su claridad, trazabilidad y alineación con los objetivos institucionales.

Por lo anterior, se mantiene la calificación "No Cumple", y se ratifica el ajuste propuesto en el informe preliminar, incorporando expresamente los posibles impactos jurídicos, económicos y reputacionales.

- En relación con el **Control 4322401**, formulado como "*El abogado certifica de manera mensual que al conocer el proceso no tiene conflicto de intereses*", la oficina de control interno lo calificó como "No Cumple", por no especificar el medio de verificación documentada ni la evidencia del seguimiento, en concordancia con lo dispuesto en la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63).

Respuesta: La Dirección Jurídica Mediante Oficio CI2025500001703 manifestó que "Si cumple", argumentando que el medio de verificación corresponde al Drive institucional, en el cual reposan las evidencias del seguimiento realizado de manera trimestral. Se anexó además una captura de pantalla como evidencia documental.

Análisis de Auditoria: Si bien la Oficina Jurídica allega evidencia de soporte que demuestra la existencia de registros en un repositorio Drive institucional, la Guía DAFP V7 - 2025, establece que para que un control cumpla debe consignar de manera explícita en su descripción; la periodicidad, el medio de verificación documentada, y la evidencia o trazabilidad del seguimiento.

En este caso, el texto original del control ("El abogado certifica de manera mensual que al conocer el proceso no tiene conflicto de intereses") no incorpora dichos elementos dentro de su redacción, por lo que, metodológicamente, no cumple con el estándar exigido, aunque se reconozca la existencia práctica de la evidencia en el repositorio drive institucional.

Por lo anterior, se mantiene la calificación "No Cumple", y se ratifica el ajuste propuesto en el informe de auditoría, a fin de asegurar la trazabilidad documental y la verificación formal del control conforme a la Guía DAFP V7 - 2025.

- En relación con el **Control 0512203**, En el informe preliminar, la Oficina de Control Interno calificó el control como "No Cumple", debido a que, aunque define los responsables y la actividad, no especifica la periodicidad ni el medio de verificación documentada, lo cual limita la trazabilidad y la evidencia del seguimiento, conforme a la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19).

Respuesta: La Dirección Jurídica, mediante el mismo oficio CI2025500001703, manifestó que el control "Sí cumple", argumentando que; Existe un cronograma donde se establece la periodicidad de las acciones. En el punto 3 reposa un archivo en Excel que evidencia la verificación documentada de las evaluaciones jurídicas y su trazabilidad. En el punto 4 se encuentra una certificación de seguimiento al riesgo, lo que, según su criterio, demuestra el cumplimiento de los elementos observados.

Análisis de Auditoria: Tras la revisión de la respuesta y los soportes referenciados, se concluye que la información aportada evidencia la existencia práctica de mecanismos de seguimiento al control, pero no modifica la condición metodológica del incumplimiento, ya que la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63) exige que los elementos mínimos —periodicidad y medio de verificación documentada— estén explícitamente consignados dentro del texto del control, no en anexos, archivos o puntos adicionales del sistema. Por tanto, aunque se reconozca la existencia de cronogramas y registros de verificación, la redacción actual del control no cumple con el estándar formal exigido por la metodología DAFP.

Por lo anterior, se mantiene la calificación "No Cumple" y se ratifica el ajuste propuesto en el informe preliminar, recomendando incluir expresamente en la descripción del control la periodicidad mensual y el medio de verificación documentada (actas o registros de revisión jurídica), para garantizar trazabilidad, evidencia y cumplimiento normativo.

- En relación con el **Control 5552412**, En el informe preliminar, La Oficina de Control Interno lo calificó como "No Cumple", dado que el control no establece la periodicidad del seguimiento, lo cual limita la trazabilidad temporal, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63).

Respuesta: Mediante oficio CI2025500001703, la Oficina Jurídica manifestó que el control "Sí cumple", argumentando que la periodicidad del seguimiento está establecida en el punto 1 del plan de acción, donde se indica que el seguimiento se realiza de manera semestral ante la oficina de planeación. Se anexa además una captura de pantalla que respalda dicha afirmación.

Análisis de Auditoria: Tras la revisión de la respuesta, se determinó que si bien la Oficina Jurídica evidencia la existencia de una periodicidad aplicada en la práctica ("seguimiento semestral ante la Oficina de Planeación"), esta información no se encuentra consignada dentro del texto del control, requisito exigido por la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63) para efectos de cumplimiento metodológico. En este sentido, la guía establece que la periodicidad debe quedar explícita en la redacción del control, junto con el responsable y el medio de verificación documentada, para garantizar su trazabilidad, evidencia y evaluación en auditorías futuras.

Por lo anterior, se mantiene la calificación "No Cumple" y se ratifica el ajuste propuesto en el informe preliminar, incorporando la periodicidad mensual y el medio de verificación documentada (base de datos de procesos judiciales), a fin de asegurar la trazabilidad temporal y la conformidad con la Guía DAFP V7 (2025).

- En relación con el **Control 5562412**, En el informe preliminar, La Oficina de Control Interno lo calificó como "No Cumple", dado que no especifica medio de verificación documentada ni periodicidad de revisión, lo cual limita la trazabilidad y evidencia del seguimiento, conforme a la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63, Fig. 19).

Respuesta: Mediante oficio CI2025500001703, la Oficina Jurídica manifestó que el control "Sí cumple", argumentando que en el seguimiento del punto 2 del riesgo se establece la periodicidad

semestral y que el certificado emitido por el Jefe de la Oficina Jurídica constituye el medio de verificación de cumplimiento. Se anexa captura de pantalla como soporte.

Análisis de Auditoria: Tras revisar la respuesta y las evidencias anexas, se observa que la oficina jurídica acredita la existencia de un seguimiento y certificación interna; sin embargo, la periodicidad y el medio de verificación no están consignados en la redacción original del control, requisito indispensable según la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63). La metodología DAFP establece que los elementos de periodicidad, responsable y medio de verificación documentada deben figurar explícitamente dentro del texto del control, no únicamente en los seguimientos o anexos, a fin de garantizar su trazabilidad, claridad y verificabilidad institucional.

Por lo anterior, se mantiene la calificación "No Cumple", ratificando el ajuste propuesto en el informe preliminar, en el cual se incorporan de manera expresa la periodicidad mensual y el medio de verificación documentada. Esta modificación permitirá asegurar la trazabilidad y la evidencia del seguimiento conforme a los lineamientos de la Guía DAFP V7 (2025).

Conclusión general: Las respuestas presentadas por la oficina asesora jurídica evidencian la existencia de mecanismos de control y seguimiento en la práctica; sin embargo, desde el enfoque metodológico de la Guía DAFP V7 (2025), los controles y riesgos deben describirse con precisión documental, incluyendo de forma explícita la periodicidad, el responsable y el medio de verificación. Por lo anterior, los ajustes formulados en el informe preliminar se mantienen, garantizando la trazabilidad, claridad y consistencia del sistema de administración del riesgo institucional.

5.2 Subdirección de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud

La Subdirección de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud, mediante oficio CI2025500001718, remitido a la oficina de control interno el 10 de noviembre de 2025, presentó observaciones frente a los hallazgos consignados en el informe preliminar de la presente auditoría.

- ***Respuesta:*** La Subdirección informó, en su primer punto, que los controles asociados a los riesgos del proceso de Inteligencia de Mercados fueron formulados bajo la metodología institucional vigente (Guía DAFP Versión 6). Igualmente, manifestó que una vez la institución adopte la Guía DAFP Versión 7, se realizarán los ajustes correspondientes, teniendo en cuenta las observaciones formuladas por la oficina de control interno.

Análisis de Auditoria: La respuesta reconoce que la formulación de los controles se realizó conforme a la Guía DAFP V6, aún vigente en la entidad, razón por la cual algunos controles no incorporan los elementos exigidos por la Guía DAFP V7 (2025, págs. 61–63), tales como la periodicidad, el medio de verificación documentada y la evidencia del seguimiento. No obstante, la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno se basó en los lineamientos de la Guía DAFP V7, con el propósito de anticipar la transición metodológica prevista para la vigencia 2026. En este sentido, la auditoría resulta oportuna para fortalecer la redacción y trazabilidad de los controles que serán incorporados en la próxima actualización de la matriz institucional de riesgos.

Por lo anterior, se mantiene la calificación "No Cumple" para los controles revisados, hasta tanto sean ajustados formalmente conforme a los requisitos establecidos en la nueva guía.

- ***Respuesta:*** En su segundo punto, la Subdirección de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud manifestó que no corresponde asociar el **Riesgo IM23069** con el hallazgo N.º 14 de la Contraloría de Cundinamarca (2024), toda vez que dicho hallazgo pertenece al proceso de Gestión Jurídica. La dependencia explicó que, en los contratos suscritos y gestionados desde el proceso de Gestión Jurídica, la E.S.E. actúa como Contratante, en calidad de ordenadora del gasto, mientras que en los contratos administrados desde el proceso de Mercadeo la E.S.E. actúa como Contratista, siendo las Entidades Responsables de Pago (ERP) quienes determinan y supervisan la destinación presupuestal. Por lo anterior, la Subdirección solicitó retirar la asociación entre el riesgo IM23069 y el hallazgo N.º 14, argumentando que no existe relación funcional ni presupuestal entre ambos procesos y que, adicionalmente, en el proceso de Inteligencia de Mercados no se ha registrado materialización de riesgos, lo cual puede verificarse en los formatos y registros de monitoreo disponibles en la plataforma Almera.

Análisis de Auditoria: Tras la revisión de la respuesta y del análisis comparativo efectuado en el informe preliminar, se concluye que la observación presentada por la Subdirección es técnicamente válida. Si bien ambos hallazgos refieren afectaciones presupuestales derivadas de la ejecución contractual, corresponden a procesos distintos con roles y responsabilidades diferenciadas dentro del ciclo contractual institucional. En este sentido, la vinculación establecida en el informe preliminar entre el hallazgo de Contraloría 2024 y el riesgo IM23069 no resulta procedente, dado que no existe una causal directa de materialización atribuible al proceso de Inteligencia de Mercados.
Por tanto, se acepta la observación presentada, ajustando la referencia en el informe final de auditoría, manteniendo únicamente la relación del hallazgo N.º 14 con el riesgo GJ24088 Gestión Jurídica.

- ***Respuesta:*** En su tercer punto, la Subdirección de Mercadeo y Contratación de Servicios de Salud solicitó reconsiderar la valoración de la recomendación N.º 11 de la vigencia 2024, argumentando que el proceso remitió evidencia de cumplimiento mediante oficio CI2024500001418 del 5 de diciembre de 2024, adjuntando el acta de reunión de trabajo del 26 de febrero de 2024. En dicha sesión participaron la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad y el proceso de Inteligencia de Mercados, con el propósito de ajustar la redacción, causas y controles de los riesgos del proceso conforme a la Guía DAFP Versión 6, vigente para la fecha. La Subdirección precisó que la estructura metodológica de la Versión 6 no contemplaba la descripción del medio de verificación dentro del texto del control, ya que este atributo se diligenciaba mediante selección en el módulo Almera, razón por la cual los controles no incluyen ese campo en su redacción literal.

Análisis de Auditoria: Tras la revisión del oficio CI2024500001418 y de los registros en la plataforma Almera, se evidencia que el proceso de Inteligencia de Mercados realizó los ajustes requeridos a sus riesgos y controles durante la vigencia 2024, con soporte documental y coordinación con la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.
La documentación y los registros consultados confirman que los controles fueron formulados de acuerdo con la Guía DAFP Versión 6, metodología institucional vigente en ese periodo, cumpliendo con los atributos exigidos por dicha versión. La observación presentada es técnicamente válida y sustentada.
En consecuencia, se considera atendida la recomendación para el proceso de Inteligencia de Mercados, al haberse verificado evidencia documental que acredita la implementación de los ajustes conforme a la Guía DAFP Versión 6.
No obstante, la recomendación se mantiene parcialmente vigente para los demás procesos mencionados en el informe de 2024, hasta tanto acrediten el cumplimiento de los lineamientos aplicables en la plataforma Almera. Se sugiere mantener seguimiento en la vigencia 2026 para la actualización bajo la Guía DAFP Versión 7, una vez sea adoptada institucionalmente.

5.3 Oficina de Planeación y Calidad

- ***Respuesta:*** La Oficina asesora de planeación y garantía de la calidad, mediante comunicación del 10 de noviembre de 2025, ratificó su compromiso con la gestión integral de riesgos y aclaró que la metodología oficial adoptada por la entidad para la vigencia 2025 corresponde a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, debidamente formalizada y vigente. Precisó que la evaluación de los riesgos, controles y seguimientos debe realizarse estrictamente con base en dicha guía, considerando que la Versión 7 que introduce cambios metodológicos se encuentra en proceso de validación y adopción institucional, con implementación prevista para la vigencia 2026. Por lo anterior, solicitó que las observaciones formuladas en el informe preliminar sean reevaluadas con base en el marco metodológico vigente (Guía DAFP V6), garantizando coherencia con la política y manual de riesgos actualmente adoptados por la entidad.

Análisis de Auditoria: La respuesta de la Oficina de planeación y calidad es técnicamente sustentada, dado que la entidad no ha formalizado la adopción de la Guía DAFP Versión 7, y por tanto, los ejercicios de evaluación y seguimiento desarrollados durante 2025 deben regirse por la Versión 6, metodología institucional vigente. No obstante, la auditoría aplicó los lineamientos de la Guía DAFP V7 2025 de manera anticipatoria, con el propósito de fortalecer la calidad técnica de los controles y facilitar la transición metodológica que deberá concretarse en la vigencia 2026.
En este sentido, la evaluación realizada constituye una auditoría oportuna, que permitirá a la entidad considerar los hallazgos y recomendaciones formuladas en la actualización de la matriz de riesgos 2026, asegurando una adopción progresiva y ordenada de los nuevos criterios del DAFP.

Se acoge la observación presentada, reconociendo la validez de aplicar la Guía DAFP Versión 6 durante la vigencia 2025. No obstante, la auditoría no requiere ser reevaluada, dado que su aplicación de los criterios de la Versión 7 tuvo un propósito preventivo y de fortalecimiento metodológico, orientado a anticipar la transición institucional prevista para 2026. En ese sentido, se trata de una auditoría oportuna, cuyos resultados servirán como insumo técnico para la actualización de la matriz de riesgos bajo los nuevos lineamientos del DAFP.

5.4 Bienes y Servicios

- ***Respuesta:*** Mediante oficio CI2025500001711 del 10 de noviembre de 2025, la Subdirección de bienes, compras y suministros señaló que la Guía DAFP Versión 7 aún no ha sido adoptada institucionalmente, por lo que los ajustes a los riesgos y controles se aplicarán una vez sea implementada para la vigencia 2026. Indicó que revisó los riesgos GBS22007 y GBS22008, acogiendo parcialmente las observaciones de auditoría, al considerar pertinentes las mejoras en redacción y trazabilidad de los controles, proponiendo ajustes terminológicos y aclaraciones sobre la competencia del oficial de cumplimiento conforme al Manual 01GES07 SARLAFT.

Análisis de Auditoria: La respuesta es técnicamente sustentada y coherente con el marco institucional vigente. Se reconoce la disposición del proceso para ajustar los riesgos y controles conforme a los lineamientos del DAFP, así como las precisiones válidas sobre responsabilidades y medios de verificación. Se acoge parcialmente la observación presentada, manteniendo la valoración inicial del informe preliminar. La respuesta evidencia compromiso institucional y constituye un insumo oportuno para la actualización de la matriz de riesgos bajo la Guía DAFP Versión 7 en la vigencia 2026.

5.5 Gestión Servicios Complementarios – Servicio de Farmacia

- ***Respuesta:*** Mediante comunicación del 10 de noviembre de 2025, el servicio de Farmacia remitió avances y evidencias sobre la gestión de los riesgos GSC22055, GSC22047 y GSC24070, informando la actualización y carga de soportes en la plataforma Almera.
- En su reporte, la dependencia indicó un avance ponderado del 95,83% en el riesgo GSC22055, del 75% en el GSC22047, y del 100% en el GSC24070, tras la carga de evidencias de las seis actividades pendientes.

Análisis de Auditoria: Durante la validación efectuada por la Oficina de Control Interno en la plataforma Almera, se confirmó que los riesgos GSC22055, GSC22047 y GSC24070 fueron actualizados conforme a lo reportado, verificándose la carga de soportes y el avance efectivo en la ejecución de las actividades. En el caso del riesgo GSC22055, se evidenció seguimiento a las actividades definidas, con fechas actualizadas y un avance ponderado del 95,83%, reflejando cumplimiento casi total de su plan de acción.

Los riesgos GSC22047 y GSC24070 también presentan avances consistentes con lo informado, alcanzando niveles de cumplimiento del 75% y 100%, respectivamente.

La información validada demuestra una gestión satisfactoria y progresiva en el seguimiento de los planes de acción del servicio de Farmacia, evidenciando mejora continua en la administración de los riesgos institucionales. En consecuencia, se acoge la observación presentada, reconociendo los avances reportados y validados en los tres riesgos, los cuales se tendrán en cuenta como evidencia complementaria en el seguimiento de la Recomendación N.º 1 de la vigencia 2025.

6. Recomendaciones 2025

No.	Descripción de la recomendación
1	**Condición:** Durante la verificación de la vigencia 2025 se constató que varios riesgos institucionales presentan actividades vencidas o sin avance en sus planes de acción, lo que limita la efectividad de las medidas de mitigación. En particular, esta situación se evidenció en los riesgos AD24082, GIS24075, GIS24076, GSC22057, GHH22032, GC22037, GF25090, IH22026 y GIS22018, cuyos registros en el aplicativo Almera muestran actividades no ejecutadas, sin fecha de cierre o sin avance reportado. Se recomienda que los responsables de los procesos fortalezcan la revisión, actualización y ejecución oportuna de las actividades pendientes, priorizando aquellas relacionadas con riesgos de mayor impacto, y que establezcan mecanismos de seguimiento y alertas internas que permitan garantizar su cumplimiento dentro de los plazos establecidos. **Criterio:** De acuerdo con el Decreto 1499 de 2017 (art. 2.2.22.5.5) y la Guía DAFP V7 (2025), las entidades deben garantizar la implementación efectiva y oportuna de las acciones definidas para la mitigación de riesgos institucionales, así como su seguimiento periódico. **Causa**: Debilidades en el seguimiento operativo de los planes en el aplicativo Almera, ausencia de alertas preventivas ante vencimientos y limitada priorización de las actividades críticas por parte de los responsables de proceso. **Efecto:** El incumplimiento o retraso en la ejecución de los planes de acción puede generar la materialización de riesgos institucionales, afectando la eficacia de los controles, la continuidad operativa y la confiabilidad del Sistema de Control Interno.
2	**Condición:** El Manual de Administración del Riesgo se encuentra alineado con la Guía DAFP Versión 6 (2022), vigente durante la vigencia 2025; sin embargo, presenta desactualización parcial frente a los nuevos lineamientos de la Guía DAFP Versión 7 (2025), la cual incorpora componentes adicionales como la evaluación de madurez institucional, el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), los indicadores clave de riesgo (KRI) y la articulación formal con el MIPG. Durante la vigencia 2025, la metodología aplicable continúa siendo la Guía DAFP Versión 6; por tanto, esta recomendación tiene un carácter preparatorio y de fortalecimiento, orientado a facilitar la transición hacia la nueva guía prevista para 2026. Se recomienda planificar la actualización del Manual conforme a la Guía V7, incorporando dichos elementos una vez sea adoptada institucionalmente, e iniciar acciones preparatorias (pilotos de KRI y evaluación de madurez) que

No.	Descripción de la recomendación
	faciliten la transición metodológica prevista para la vigencia 2026. **Criterio:** La Guía DAFP V7 (2025) establece lineamientos actualizados para una gestión integral del riesgo articulada con el MIPG, incorporando mediciones de madurez, KRI, roles definidos y mecanismos de gobernanza (SIGRIP). **Causa:** La entidad aún no ha formalizado la adopción de la Guía DAFP Versión 7, la cual se encuentra en proceso de validación y socialización ante el Comité Institucional de Riesgos. Los ajustes y actualizaciones del Manual se ejecutarán conforme al cronograma previsto para la vigencia 2026, garantizando una transición gradual y ordenada. **Efecto:** La aplicación continua de la versión anterior puede generar diferencias metodológicas frente a los nuevos lineamientos y retrasar la incorporación de herramientas modernas de análisis y madurez, lo cual podría limitar la trazabilidad y comparabilidad en futuras evaluaciones, pero también representa una oportunidad para fortalecer la madurez institucional y la alineación con los estándares nacionales.
3	**Condición:** Del análisis realizado a la Matriz Institucional de Riesgos 2025 se identificó que 18 riesgos (23%) y 96 controles (34%) requieren ajustes para alinearse con los criterios metodológicos de la Guía DAFP Versión 7 (2025), especialmente en la definición de periodicidad, medios de verificación documentada y valoración de impacto. La matriz fue construida bajo la Guía V6, actualmente vigente; por tanto, esta recomendación tiene carácter preventivo y de fortalecimiento, orientado a apoyar la transición hacia la Guía V7 prevista para 2026. Se recomienda planificar la actualización gradual de los riesgos y controles, con acompañamiento de la Oficina de Planeación y garantía de la calidad, asegurando la incorporación progresiva de los nuevos criterios. **Criterio:** Según la Guía DAFP V7 (2025) y el Decreto 1499 de 2017, los riesgos deben contar con identificación de causas, consecuencias, probabilidad e impacto claramente definidos, y los controles con responsable, periodicidad y medio de verificación documentada que sustente la gestión del riesgo institucional. **Causa:** La entidad aún aplica la Guía DAFP Versión 6, mientras la Versión 7 se encuentra en proceso de validación institucional y adopción progresiva. **Efecto:** La permanencia del modelo anterior puede limitar la trazabilidad y comparabilidad metodológica, aunque su actualización gradual fortalecerá la gestión del riesgo y la alineación con el MIPG.
4	**Condición:** Durante la revisión de la presente auditoría se identificaron discrepancias entre la Matriz Institucional de Riesgos 2025 publicada en la página web y la información registrada en el aplicativo Almera. En la hoja *Controles*, el riesgo GE22035 registra 7 controles, mientras que en Almera solo figuran 2; en contraste, el riesgo GC23068 presenta 1 control en la matriz y 3 en Almera. Adicionalmente, se observó que en algunos registros de riesgos, como el GF24074, se incluyen observaciones en mayúscula dentro de la descripción ("*FALTA DEFINIR LA FORMA DE MATERIALIZACIÓN*" o "*OK*"), lo que evidencia falta de depuración en la información institucional. Se recomienda que la Oficina Asesora de Planeación y Calidad realice la verificación cruzada, actualización y depuración de la matriz y del aplicativo Almera, garantizando coherencia, completitud y uniformidad en las descripciones y controles registrados. **Criterio:** Según la Guía DAFP V7 (2025) y el Decreto 1499 de 2017, la información sobre gestión

No.	Descripción de la recomendación
	del riesgo debe ser íntegra, coherente y actualizada en los sistemas institucionales. **Causa:** Ausencia de conciliación periódica entre fuentes y de control de calidad sobre los registros cargados. **Efecto:** Las inconsistencias y observaciones internas no depuradas afectan la trazabilidad, confiabilidad y transparencia de la información sobre gestión de riesgos institucionales.
5	**Condición:** Del análisis de los hallazgos formulados por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría de Cundinamarca - vigencia 2023, junto con los riesgos materializados reportados internamente durante 2025, se identificó que algunos temas relevantes no se encuentran contemplados o solo están parcialmente cubiertos en la Matriz Institucional de Riesgos 2025. Entre ellos: accesibilidad y atención inclusiva a personas con discapacidad, actualización del manual de políticas contables, recobro de incapacidades, contratación temporal y contingencias laborales, saneamiento ambiental y articulación interprocesos. Aunque algunos de estos temas presentan relación parcial con riesgos vigentes como GC24086, TH22040 y GF22029, no están formulados de manera explícita, lo que limita su trazabilidad y seguimiento institucional. Se recomienda que la Oficina Asesora de Planeación, en coordinación con los líderes de proceso, incorpore o ajuste estos temas en la matriz, garantizando su formulación conforme a los criterios mínimos de la Guía DAFP V7 (2025). Asimismo, se requiere que la primera y segunda línea de defensa evalúen la elaboración de planes de mejoramiento derivados de estos eventos, definiendo su incorporación en la matriz para su correspondiente monitoreo y seguimiento institucional. **Criterio:** De acuerdo con la Guía DAFP V7 (2025) y el Decreto 1499 de 2017, las entidades deben mantener actualizada su matriz institucional, incorporando riesgos emergentes y asegurando su correspondencia con los hallazgos y eventos materializados. **Causa:** Falta de actualización integral de la matriz frente a cambios normativos y hallazgos recientes de entes de control y monitoreo interno. **Efecto:** La no inclusión o formulación parcial de estos riesgos limita la trazabilidad, el seguimiento y la capacidad institucional para anticipar y mitigar eventos que afectan la gestión y el control interno.
6	**Condición:** Del análisis de los resultados de la encuesta "Presaberes en Gestión del Riesgo Institucional" aplicada a los líderes de proceso, se evidenció un nivel general de asertividad del 81,2 %, reflejando conocimiento adecuado sobre la política y metodología institucional de administración del riesgo. No obstante, en las preguntas sobre la norma que orienta la gestión del riesgo en las entidades públicas (53,2 %) y el momento en que debe actualizarse un riesgo institucional (68,1 %) se identificaron brechas de comprensión. Algunos líderes desconocen que la Guía de Administración del Riesgo – DAFP Versión 7 (2025) es la norma principal que orienta la gestión en el sector público, y que los riesgos deben actualizarse de forma periódica y también cuando se materializa un evento. Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación y Calidad reforzar los espacios de capacitación, sensibilización y retroalimentación práctica sobre la Guía DAFP V7 (2025), priorizando la claridad sobre la norma orientadora y los momentos de actualización de los riesgos, mediante talleres dirigidos a los procesos que presentaron menor nivel de asertividad.

No.	Descripción de la recomendación
	Criterio: De acuerdo con la Guía DAFP V7 (2025) y el Decreto 1499 de 2017, las entidades deben garantizar el conocimiento y la aplicación uniforme de la metodología de administración del riesgo, asegurando la competencia técnica de los responsables. **Causa:** Brechas de conocimiento en la aplicación práctica de la Guía DAFP V7 (2025) y ausencia de mecanismos sistemáticos de retroalimentación para los líderes de proceso. **Efecto:** La falta de comprensión homogénea sobre la norma aplicable y los criterios de actualización puede generar inconsistencias en la identificación, valoración y seguimiento de los riesgos institucionales, afectando la trazabilidad del Sistema de Control Interno.

7. Recomendaciones Vigencia 2024

No.	Descripción de la recomendación
2	**Condición:** Se evidenció que en algunos procesos no se está realizando un control adecuado sobre el plan de acción de los riesgos, ya que no se han cargado los soportes correspondientes a las actividades implementadas. A continuación, se detallan los códigos de los riesgos con actividades vencidas: AD22045, GSC22055, GSC22057, GSC22047, GSC24073, GSC22050, GC24086, GHH22032. **Criterio:** Decreto 1499 de 2017. **Causa**: Puede deberse a deficiencias en los procesos de seguimiento, limitada asignación de responsabilidades o a una insuficiente capacitación del personal encargado de gestionar los riesgos. **Efecto:** Materialización de los riesgos, pues compromete la capacidad de la entidad para mitigar riesgos, generando vulnerabilidades en sus procesos operativos.
5	**Condición**: Se evidenciaron inconsistencias en los códigos de los riesgos y en los nombres de los procesos entre Almera y la página web. En algunos casos, los códigos asignados en Almera no coinciden con los registrados en la matriz publicada en la página web. Además, se observó que los nombres de los procesos también presentan discrepancias, lo que dificulta la alineación de la información entre ambas plataformas. Los procesos son: Gestión de Salud Pública, Control Interno, Ingeniería Hospitalaria, y en el caso de Hotelería Hospitalaria, el código en Almera es GHH22032. También se identificaron diferencias en los nombres de los procesos de Control Interno (en la página web aparece como "Auditoría y Control"), Gestión de Servicios Hospitalarios (en la página web como "Atención al Paciente Hospitalizado"), y Gestión de Servicios Quirúrgicos (en la página web como "Atención al Paciente Quirúrgico"). **Criterio:** Decreto 1499 de 2017, Ley 1712 de 2014. **Causa**: Falta de coordinación entre las áreas responsables de la actualización de la información en Almera y la página web, así como a un control insuficiente sobre los procesos de validación de la información publicada. **Efecto:** Las inconsistencias entre las plataformas pueden generar confusión en el seguimiento de los riesgos y en la gestión de los procesos, afectando la toma de decisiones y la transparencia de la información.
6	**Condición:** A partir de los riesgos identificados que se materializaron con los hallazgos expuestos por Contraloría y Supersalud (DO22056, GF22012, GF22029, GF22030, GF24074, GIF22058, PH2254, GU22038) y los reportados en la encuesta (AUF22044, GIS22034 y Gestión de Servicios Complementarios señaló la materialización del riesgo de: *"Posibilidad de que, en la atención de Imágenes Diagnósticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacten la calidad del servicio y el bienestar de los usuarios")* , se observa la necesidad de realizar una identificación exhaustiva de las causas raíces que originaron la materialización de los riesgos. Además, se requiere

No.	Descripción de la recomendación
	revisar y fortalecer los controles existentes, o modificarlos, esto para asegurar su efectividad en la prevención, reducción y mitigación de los riesgos. **Criterio:** Decreto 1499 de 2017 **Causa**: La materialización de los riesgos a pesar de los controles establecidos puede ser consecuencia de una evaluación insuficiente de los mismos, una falta de actualización de los planes de acción o una deficiencia en la implementación de los controles previamente establecidos. **Efecto:** La no actualización y fortalecimiento de los controles puede llevar a la repetición de los mismos riesgos ya materializados, lo que afectaría la estabilidad y eficiencia de los procesos institucionales. Esto también podría generar un mayor impacto en la operación, con consecuencias negativas en la planificación, la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad, además en multas y sanciones por parte de Entes de Control Externos.
7	**Condición:** Se han evidenciado debilidades que requieren atención, como la falta de evaluación de los controles, deficiencias en la identificación y seguimiento de los riesgos, y una limitada adherencia a los procedimientos internos por parte de algunos colaboradores. Para abordar estas áreas de oportunidad, se recomienda que en las capacitaciones por parte de la Gestión Integrada de Calidad incluyan un enfoque más profundo en la evaluación y seguimiento de los controles, enfatizando su importancia en la prevención y mitigación de riesgos. **Criterio:** Decreto 1499 de 2017 y Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019) establece la importancia de la formación continua en el cumplimiento de las normativas y la mejora de la gestión interna. **Causa**: Consecuencia de una capacitación insuficiente o mal enfocada, además de una posible falta de sensibilización sobre la importancia de estos procesos en la mitigación de riesgos. **Efecto:** Estas debilidades pueden derivar en una gestión ineficaz de los riesgos, con la consecuente materialización de los mismos, lo que podría afectar el desempeño de la entidad, generar mayores costos operacionales y comprometer el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
8	**Condición:** Con base en los hallazgos identificados por la Contraloría y la Supersalud, se evidenció que los riesgos señalados en el capítulo 2 sección 2.1 no han sido incorporados en la Matriz de Riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. **Criterio:** Decreto 1499 de 2017, Ley 1712 de 2014. **Causa**: La no incorporación de los riesgos identificados puede deberse a una falta de articulación entre las áreas responsables de la gestión de riesgos así como a posibles debilidades en la actualización y revisión periódica de la Matriz de Riesgo. **Efecto:** La ausencia de estos riesgos en la Matriz puede generar una gestión insuficiente de los mismos, aumentando la probabilidad de su materialización. Pues al no tenerlos no se lleva ningún plan de acción para mitigar el riesgo.
9	**Condición:** Al revisar la matriz de riesgos publicada en la página web, se identificó que los controles asociados a los riesgos no están reflejados en dicha matriz. **Criterio**: Decreto 1499 de 2017 **Causa:** La ausencia de los controles en la matriz puede deberse a inconsistencias en el proceso de actualización. **Efecto:** Generación de vacíos en la documentación oficial, afectando la capacidad de la entidad para justificar sus acciones frente a auditorías o revisiones externas.

No.	Descripción de la recomendación
10	**Condición:** Se identificaron controles que no cumplen con la estructura establecida en los lineamientos del DAFP ni con lo dispuesto en el Manual de Gestión de Riesgos de la E.S.E. Los procesos son: Gestión de Apoyo Diagnostico, Atención al Usuario, Familia y Comunidad, Docencia, innovación y gestión del conocimiento, Gestión Integrada de la Calidad, Gestión Estratégica, Gestión de Hotelería Hospitalaria, Gestión de Servicios Hospitalarios, Gestión Servicio de Urgencias, Gestión de Salud Pública. **Criterio**: Decreto 1499 de 2017, Manual de Gestión de Riesgos de la E.S.E. (Código 01GIC14 – V3) **Causa:** Puede deberse a una falta de capacitación sobre los lineamientos establecidos, a errores en la elaboración, actualización de los controles o a la falta de cultura de gestión de riesgos y controles. **Efecto:** Reducción de la efectividad en la mitigación de riesgos, aumentar la probabilidad de su materialización.
11	**Condición:** Al revisar en Almera en la sección de Evaluación de controles de acuerdo al DAFP, se encontró que varios procesos no tienen la información completa diligenciada, estos son: Gestión Integrada de la Calidad, Gestión Estratégica, Gestión de Hotelería Hospitalaria, Gestión de Servicios Hospitalarios, Inteligencia de Mercados. **Criterio**: Decreto 1499 de 2017 **Causa:** Falta de articulación entre las áreas responsables de gestionar y cargar la información en Almera. Ausencia de mecanismos de seguimiento para verificar el cumplimiento oportuno del diligenciamiento de la información. **Efecto:** Dificultad de la evaluación efectiva de los controles, lo que incrementa la probabilidad de que los riesgos no sean mitigados adecuadamente. A su vez, genera incumplimientos frente a los estándares establecidos por el DAFP, lo que podría derivar en observaciones negativas de los entes de control.
12	**Condición:** Durante la revisión de los procesos en la plataforma Almera, se identificó que en el atributo *"Documentación*" de los controles solo se menciona la definición genérica proporcionada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP**)**, sin especificar dónde se encuentra la documentación de respaldo de cada control. Adicionalmente, verificar si todos los controles cuentan con documentación. **Criterio**: Decreto 1499 de 2017 **Causa:** Falta de supervisión para garantizar el cumplimiento de los lineamientos. **Efecto:** La falta de especificidad en la documentación dificulta la trazabilidad de los controles, limitando la capacidad para auditar su efectividad y asegurar su correcta implementación.
13	**Condición:** Se identificó que en el Manual de Gestión de Riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana existen dos metodologías diferentes para el cálculo o determinación de la probabilidad del riesgo, lo que puede generar confusiones en su aplicación. Además, ni en Almera ni en la Matriz de Riesgos Institucionales se especifica el porcentaje de probabilidad asociada a cada riesgo ni se evidencia el cálculo del riesgo residual a partir de los controles. **Criterio**: Decreto 1499 de 2017 **Causa:** Deficiencias en la estandarización de los procesos para registrar y calcular la probabilidad y el riesgo residual siguiendo los lineamientos del DAFP. **Efecto:** Las inconsistencias metodológicas pueden generar ambigüedades en la evaluación y gestión de los riesgos. Además la omisión del cálculo del riesgo residual dificulta la priorización y el seguimiento efectivo de los controles implementados.

7.1. Recomendaciones Vigencia 2023

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

1	**CONDICIÓN:** Se evidencio que en el Hospital no existe procedimientos 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 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 la metodología con el paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados, 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. **CRITERIO:** 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 diseño de controles en entidades públicas, versión 6. **CAUSA:** Desconocimiento de normas lo que conduce a que el Hospital no cuente con documentación actualizada de acuerdo a la normatividad. **EFECTO:** Pérdida de recursos públicos por no contar con la implementación de documentación actualizada que permita un mayor control y reporte de los riesgos.

SOLICITUD: Las recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoria, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, NO deben ser modificados de una manera total ni parcial.

El Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 el cual se encuentra vigente a la fecha del presente informe de Auditoría, **Ley 1952 de 2019 –** Código General Disciplinario, **Ley 2094 de 2021 –** "Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones", establece que se debe dar aplicabilidad a lo que se registra en las solicitudes realizadas y a las cuales se les debe dar respuesta por cada uno de los Responsables de Proceso y cuyo texto es el siguiente; *"No dar respuesta a los requerimientos que se realicen constituye una falta disciplinaria".*

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoria son de carácter Institucional.

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Jhon Meneses
JHON ANDRES MENESES OROZCO
Profesional I Apoyo Control Interno

Bogotá, D.C. Noviembre 13 de 2025