

Al contestar por favor cite:2023110012016-1



05GIN15 - V8 Página 1 de 1

Bogotá, Noviembre 29 de 2023

Doctor

EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS, Proceso Gestión Estratégica / LEONARDO DUARTE DÍAZ, Proceso Gestión Integrada de la Calidad / NUBIA GUERRERO PRECIADO, Proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad / MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ, Proceso Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento / RUTH MARGOT ROJAS RODRÍGUEZ, Proceso Gestión Apoyo Diagnóstico / MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO, Proceso Gestión de Salud Pública / KEILE JESSEL RONDON ESQUIVEL, Proceso Gestión Servicio de Urgencias / ALEXANDRA BELTRÁN SUÁREZ, Proceso Gestión Servicios Ambulatorios / YAMILE UBAQUE, Proceso Gestión Servicios Complementarios / LUISA ALEJANDRA PARDO RICO, Proceso Gestión Servicios Hospitalarios / CARLOS HARBEY JAIMES, Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos / MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES, Proceso Bienes y Servicios / NELSY DEL PILAR FLÓREZ CRUZ, Proceso Gestión de Hotelaría Hospitalaria / MARTHA LUCÍA GONZÁLEZ, Proceso Gestión del Talento Humano / NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA, Proceso Gestión Jurídica / JEFFREY MANOLO TORRES VALADARES, Proceso Ingeniería Hospitalaria / SOLANYI ESPERANZA GARZÓN AVILA, Proceso Inteligencia de Mercados / JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA, Proceso Tecnología Biomédica; YANET CRISTINA GIL ZAPATA, Proceso Gestión Financiera / LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS, Proceso Gestión de la Información TIC / CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA, Líder Proyecto Almacén General / FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA, Líder Proyecto de Farmacia; LUZ DARY RUIZ ROMERO, Subdirectora de Personal / SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA, Directora Operativa Administrativa / CARMEN YAMILE GÓMEZ RODRÍGUEZ, Líder de Proyecto de Nutrición / CLERY LUZ TARA PUES, Líder Proyecto (e) Cuentas Medicas/ LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS, Directora Operativa Científica / JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO, Director Sede HR de Zipaquirá / JESUS ALFONSO CRUZ VARGAS, Subdirector Cirugía General / OMAR ROBERTO PEÑADIAZ, Subdirector Ortopedia/ WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO, Subdirector Neurocirugía / CARLOS JULIO GARCÍA PERLAZA, Subdirector Ginecología / MARIA TERESA OSPINA CABRERA, Subdirector Unidad de Cuidado Intensivo.

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

Ref.: Informe Final Seguimiento Riesgos y Controles de Corrupción 2023

Cordial Saludo.

Para dar cumplimiento a lo establecido en el plan de Auditorías Independientes de la vigencia 2023 y a la meta del Plan Operativo Anual – POA 2023. Siendo este el primer componente del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se hace necesario se realicen los ajustes necesarios a la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, publicada en la página Web del Hospital en Septiembre 6 de 2023 y se de continuidad a los programas, guías y manuales implementados en el Hospital.

Este informe de Auditoría debe surtir las acciones de mejoramiento correspondientes, conforme lo establece el procedimiento identificado con Código 02AC01-V1, Actividad 21 y al Instructivo "Lineamiento Oportunidades de Mejora", Código 06GIC03-V2 y siguiendo los lineamientos enmarcados en el procedimiento "FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS, identificado con código 02GIC03-V10 .



Al contestar por favor cite:2023110012016-1



05GIN15 – V8 Página 2 de 1

Anexo: Veintiún (21) folios

Atentamente,



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS – Gerente

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO:
INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

CODIGO DEL DOCUMENTO:

05AC01-V1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
NIT. 899.999.032-5

SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCIÓN (Bogotá y sedes
ubicadas en Zipaquirá)

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, OCTUBRE DE 2023

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, located in the bottom right corner of the page.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, located in the bottom left corner of the page.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
---------------------	---	--

INDICE

1. ASPECTOS GENERALES	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Alcance de la Auditoría	3
1.3. Metodología de la Auditoría	3
1.4. Base Legal	3
2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	5
3. POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	5
4. RIESGOS DE CORRUPCIÓN	
4.1. Elaboración y Consolidación	6
4.2. Contexto	7
4.3. Identificación de los Riesgos de Corrupción	9
4.4. Construcción participativa	9
4.5. Controles	9
5. RESULTADO ENCUESTA AUTOEVALUACIÓN	11
6. CONCLUSIONES	12
7. EVALUACION DE RESPUESTAS ENTREGADAS DEL PREINFORME	12
8. RECOMENDACIONES 2023	13
9. RECOMENDACIONES AUDITORÍAS VIGENCIAS ANTERIORES	18

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
---------------------	---	--

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. OBJETIVO

En ejecución de uno de los roles de Control Interno y dando cumplimiento a lo establecido en la meta de producto del Plan Anti-corrupción y Atención al ciudadano, aprobado para la vigencia 2023, se realiza el seguimiento y análisis a los Riesgos y Controles de la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, aprobada en septiembre 6 de 2023.

1.2. ALCANCE:

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Vigencia 2023, el alcance esta dado desde la verificación de los Riesgos de Corrupción de la vigencia 2023 con los Riesgos de Corrupción de la vigencia 2022, registrados y publicados con los Planes Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de 2023, hasta el análisis, comparación y verificación de los controles de la Matriz de Riesgos de Corrupción de la vigencia 2023.

1.3. METODOLOGIA

Para el seguimiento, cotejo y evaluación de los Riesgos de Corrupción de la Empresa Social del Estado, Hospital Universitario de la Samaritana, integrados a la matriz de Riesgos de Corrupción 2023; publicada en el sitio WEB del Hospital con el Link: Planeación Gestión y Control / Planes, Programas y Proyectos / Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano / Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2023 / Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2. En el desarrollo del informe de seguimiento a los Riesgos de Corrupción y sus controles, se realiza una encuesta de Autoevaluación Política Transparencia, acceso a la información y lucha contra la Corrupción, se verifica la elaboración y consolidación, el contexto, la identificación, finalizando con la reiteración de las recomendaciones realizadas, si hay lugar a ello, del Informe de Auditoria de seguimiento de la Matriz de Riesgos de Corrupción 2022.

1.4. BASE LEGAL

- ✓ Constitución Política de Colombia.
- ✓ LEY 23 de 1981 Código de Ética; La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia. "La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes".

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

- ✓ LEY 87 de 1993; establece que todas las entidades públicas, debían organizar e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación, con miras a garantizar la integralidad y efectividad en el ejercicio de las funciones y el buen uso de los recursos públicos.
- ✓ LEY 1474 de 2011; Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública", artículo 73 y 76.
- ✓ LEY 1712 de 2014; Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública. "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones".
- ✓ DECRETO 1876 de Agosto de 1994; Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las *Empresas Sociales del Estado*. *NOTA: Aclarado por el Decreto Nacional 1621 de 1995, en el sentido que el presente Decreto reglamenta los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993. Artículo 11 numerales: 2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa social. 3. Aprobar los Planes Operativos Anuales. 10. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.*
- ✓ DECRETO 1599 de 2005; Por medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI para el Estado Colombiano- MECI 1000:2005.
- ✓ DECRETO 943 de 2014; Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI - para el estado colombiano – MECI, en el cual se determinan las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación
- ✓ DECRETO 1649 de 2014; Por medio del cual se Modificación de la estructura del DAPRE, en el Art .15 Funciones de la Secretaría de Transparencia: 13) Señalar la metodología para diseñar y hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial y Deroga el Decreto 4637 de 2011
- ✓ DECRETO 1081 de 2015; único de la Presidencia de la Republica, Artículo 2.1.4.1 y siguientes, señalan como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, la contenida en el documento "Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"
- ✓ DECRETO 1083 de 2015; Decreto 1083 de 2015, único del Sector de la Función Pública, Artículos 2.2.22.1 y siguientes, establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, hace parte del Modelo de Planeación. Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015, Presidencia de la República y Departamento Administrativo de la Función Pública, que contiene la metodología para la construcción el mapa de riesgos de corrupción.
- ✓ DECRETO 612 de 2018; Por el cual se fija la incorporación de los planes institucionales al Plan Operativo Anual de las entidades y la implementación y seguimiento de los planes.
- ✓ DECRETO 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.
- ✓ LEY 2195 de 2022, Art.31, modificó la LEY 1474 de 2011, Art.73; Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de Transparencia, Prevención y lucha contra la Corrupción y se dictan otras disposiciones.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

- ✓ MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DE COLOMBIA V3.1; 8.2. Grupo Estándares de Direccionamiento, Estándar 76.

2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Lograr el desarrollo sostenible de la Institución, generando impacto en cada uno de los grupos de interés (Perspectiva Social).
- Fortalecer la integridad y efectividad en la prestación de los servicios de alta complejidad través de la articulación de las redes integradas de atención que incremente los niveles de satisfacción y experiencia del servicio, generando valor para el usuario, familia y comunidad (Perspectiva Cliente).
- Fortalecer el desempeño de la gestión clínica en respuesta a las necesidades de la población, haciendo énfasis en los grupos vulnerables (Perspectiva Social).
- Lograr el crecimiento y desarrollo de la institución por medio de la sostenibilidad financiera a través de una gestión eficiente de los recursos que permitan la prestación de los servicios en condiciones de calidad y competitividad (Perspectiva Financiera).

La presente auditoría está dirigida al seguimiento de los Riesgos de Corrupción del Hospital, inscritos y publicados en el sitio WEB, para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de la E.S.E.

3. POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

“SI PREVIENES EL RIESGO ASEGURAS EL ÉXITO INSTITUCIONAL” Política de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, actualizada, elaborada y aprobada en diciembre de 2022 e identificada con código 01GES03-V6. En la definición; ‘... se compromete con la gestión del riesgo Institucional en sus sedes. Formula e implementa la política de Administración del riesgo, donde establece los lineamientos para la gestión del riesgo aplicable a todos los niveles de la entidad y la metodología para identificar, medir, valorar, monitorear, administrar y tratar los riesgos que pudieran afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos estratégicos institucionales, tales como: **Ejecución y administración de procesos, fraude externo, fraude interno, fallas tecnológicas, relaciones laborales, usuarios, productos, prácticas, corrupción, lavado de activos, financiación del terrorismo, seguridad de la información, enmarcados en una cultura de calidad y satisfacción de los usuarios, promoviendo la prevención, y fomento de la cultura del riesgo, para alcanzar un mejor desempeño de los procesos y el cumplimiento efectivo de la Misión**’

Con dos (2) objetivos: 1. Promover el enfoque preventivo del hospital y sus sedes ubicadas en Zipaquirá, mediante la identificación, análisis (medición y valoración), evaluación, monitoreo, administración y tratamiento del Riesgo. 2. Proporcionar información derivada del monitoreo a la Gestión del Riesgo, para la toma de decisiones y la mejora continua.

El Manual GESTIÓN DE RIESGO fue actualizado, revisado y aprobado en diciembre 31 de 2022, y publicado en el Aplicativo ALMERA en enero 24 de 2023, con código de documento 01GIC14-V2. Tiene

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

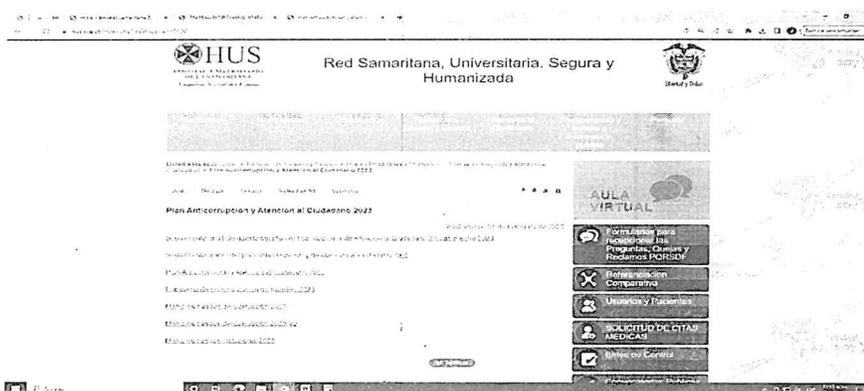
cuatro (4) objetivos: a.) Proporcionar los conceptos del Gestión del riesgo en el Hospital Universitario de la Samaritana, b.) Establecer la metodología para el desarrollo de las fases de la gestión de riesgos (definición de la política, construcción del mapa de riesgos, identificar, valorar riesgo y calificar controles, elaborar plan de tratamientos) y monitoreo de los riesgos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales y sus procesos, c.) Identificar los parámetros a tener en cuenta para las acciones de tratamiento que permitan disminuir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y disminuir su impacto, d.) Hacer seguimiento a la ejecución de las acciones planificadas y revisar la eficacia. El Manual de Gestión de Riesgos tiene alcance al Hospital, sus procesos y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, inicia en la identificación y finaliza con el seguimiento y control de las acciones de mejoramiento. La Gestión del Riesgo integra conceptos relacionados con los riesgos asociados a la Planeación, los Procesos, Anticorrupción, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad en la Información, Sistema de Control Interno, Defensa Judicial y Proyectos, así mismo, los lineamientos relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Operacional MIPG.

En el numeral 3 (Definiciones) del Manual Gestión de Riesgo; define el riesgo de corrupción como 'POSIBILIDAD DE QUE POR ACCIÓN U OMISIÓN, SE USE EL PODER PARA DESVIAR LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO HACIA UN BENEFICIO PRIVADO'.

4. RIESGOS DE CORRUPCION

4.1. ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

La Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, sin código de identificación de documento, pero si del formato 05GIC31-V6, verificado es un documento en archivo PDF, Solo con firma de aprobación por parte del Dr. Edgar Silvio Sánchez Villegas, Gerente del Hospital; con fecha de elaboración Septiembre 6 de 2023, publicado en el sitio WEB del Hospital, con la siguiente ruta de acceso: Planeación, Gestión y Control / Planes, Programas y Proyectos / Plan Anticorrupción y Atención al Usuario / Plan Anticorrupción y Atención al Usuario 2023 / Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

El documento contiene doce (12) Riesgos de Corrupción de los procesos de: Gestión Financiera, cuatro (4) riesgos; Bienes y Servicios, tres (3) riesgos; Gestión Jurídica, un (1) riesgo; Tecnología Biomédica, un (1) riesgo; Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento, un (1) riesgo; Gestión de la Información TIC, un (1) riesgo e Ingeniería Hospitalaria, un (1) riesgo.; con un total de veintinueve (29) controles.

4.2. CONTEXTO

Al verificar la Matriz de Riesgos 2023 V2 con lo establecido en el Manual Gestión de Riesgo en el Anexo No.1 Riesgo de Corrupción, Numeral 3.4.1 Establecimiento del contexto diagnóstica y perfila la identificación de los riesgos de corrupción y relaciona debilidades del proceso en aspectos como:

- Situaciones de materialización relacionadas con temas de corrupción, de acuerdo al reporte de monitoreo de Riesgos de Corrupción entregado por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad a corte Agosto 31 de 2023, donde se evidencio que no hubo materialización.
- Fallos o condenas, no se evidencio ninguna en este aspecto.
- Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias – PQRS, de acuerdo en la Matriz de Corrupción para los riesgos 3, 5 y 11 se relacionan como forma de darse una materialización.
- Oportunidades de mejora ó hallazgos producto de auditorías internas o externas relacionadas con temas de corrupción, no se evidencio en los doce (12) Riesgos de Corrupción de la Matriz 2023 V2.
- Resultados de auditorías antes de control, no se evidencio este aspecto en los Riesgos de Corrupción de la Matriz 2023 V2.

De la misma forma en el desarrollo de esta Auditoria se evidencian mediante respuesta con comunicados de los diferentes responsables de proceso algunas Mejoras, fortalezas, debilidades y amenazas relacionadas con corrupción que se enuncian a continuación:

PROCESO TECNOLOGÍA BIOMÉDICA; Fortalezas: No materialización de riesgos debido a la eficacia de controles.

PROCESO INGENIERÍA HOSPITALARIA; Fortalezas: - Indicadores del Proceso de Ingeniería Hospitalaria estandarizados en Bogotá con los de las sedes ubicadas en Zipaquirá. – Algunos Indicadores con fuente de datos en Bogotá plataforma AM ANSI que permiten automatizar la información y asegurar su veracidad e inmediatez, se encuentra adecuándose su implementación en la sede HR de Zipaquirá.

Debilidades: Limitante el alcance del aplicativo ALMERA, ya que no se puede llevar el control de indicadores en las sedes de Zipaquirá como se lleva en Bogotá. Mejoras: Se ajustó el riesgo de corrupción en cuanto a redacción, causas y controles conforme a la Guía Administración del Riesgo Versión 6.

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA; Fortalezas: Se implementó Modelo de Integración Operativa de las Áreas. Lo que permitió garantizar facturación y todos los soportes para la radicación oportuna.

Debilidades: Glosas y devoluciones por parametrización presentada con las EPS, carencia de soportes al momento de radicar y la entrega de Autorizaciones por parte de las EPS para el cargue en las plataformas.

PROCESO GESTIÓN JURÍDICA; Fortalezas: - Comunicación asertiva entre el jefe de oficina Asesora Jurídica y los colaboradores. – Actualización de la documentación. – Cumplimiento de términos. Debilidades: - Dificultad cargue actuaciones página rama judicial. – Falta de solicitud apoyo jurídico de manera anticipada y oportuna por parte de las diferentes áreas. – Dificultad en las herramientas

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

tecnológicas brindadas. Mejoras: Se ajustó el riesgo de corrupción en cuanto a redacción, causas y controles conforme a la Guía Administración del Riesgo Versión 6.

SUPERVISOR DE CONTRATO DIRECCIÓN CIENTÍFICA; Fortalezas: - Seguimiento y control realizado periódicamente a la ejecución de contratos de acuerdo a lo establecido en ellos vs. Información registrada en cada cuenta. – Oportunidad en revisión de las cuentas (Bogotá y las sedes de Zipaquirá) dentro de los 10 primeros días del mes siguiente. Debilidades: Algunos contratistas no presentan las cuentas a la Dirección Financiera conforme lo establecido en el procedimiento institucional. Mejoras: Se realiza desplazamiento mensual a las sedes de Zipaquirá para la revisión de las cuentas que repercuten en la calidad de la presentación de la cuenta y oportunidad de la radicación.

Los procesos más susceptibles al Riesgo de Corrupción de acuerdo al Manual Gestión de Riesgos identificado con código 01GIC14-V2 del 31 de diciembre de 2022, en su anexo 1 "Riesgos de Corrupción" son los siguientes:

- Direccionamiento Estratégico; Descrito en el Mapa por Procesos del Hospital "Gestión Estratégica"; evidenciándose que dentro de la Riesgos de Corrupción de la Matriz 2023 V2, no se registró ningún riesgo para este proceso.
- Financiero; Descrito en el Mapa por Procesos del Hospital "Gestión Financiera", se observa cuatro (4) Riesgos de Corrupción relacionados en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2.
- De contratación; Descrito en el Mapa por Procesos del Hospital "Inteligencia de Mercados", no se registró ningún riesgo para este proceso.
- De información y documentación; Descrito en el Mapa por Procesos del Hospital "Gestión de la Información TIC", se observa un (1) riesgo en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2.
- De investigación y sanción; No corresponde a un proceso descrito en el Mapa por Procesos Institucional.
- De actividades regulatorias; No corresponde a un proceso descrito en el Mapa por Procesos Institucional.
- De trámites y/o servicios internos y externos; No corresponde a un proceso descrito en el Mapa por Procesos Institucional.
- De reconocimiento de un decreto; No corresponde a un proceso descrito en el Mapa por Procesos Institucional.
- Recursos humanos; Descrito en el Mapa por Procesos del Hospital "Gestión del Talento Humano", no se registró ningún riesgo para este proceso.
- Recursos materiales; Descrito en el Mapa por Procesos del Hospital "Bienes y Servicios", se observa tres (3) riesgos en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2.

Sin embargo se encuentran procesos institucionales que no se encuentran relacionados en el cuadro No.2 del Manual, numeral 3.4.1, pero tienen Riesgos de Corrupción relacionados en la Matriz de Corrupción 2023 V2, como son: Proceso Gestión Jurídica, Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento e Ingeniería Hospitalaria, cada uno de estos procesos con un riesgo de corrupción relacionado en la Matriz de Corrupción 2023 V2.

Igualmente debe considerarse en los Riesgos de Corrupción la mala calidad de las facturas como la sobre ejecución de los contratos por Prestación de Servicios de Salud.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

NOTA: Se observa que en el citado Manual numeral 3.4.1 Cuadro No.2 se enuncian diez (10) procesos, ya que debido al riesgo inherente, estos podrían ser más vulnerables a este tipo de acontecimientos, **Fuente de Información:** Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP". Se aclara que los procesos relacionados en el cuadro 2 no aparecen identificados de igual manera a los aprobados en la nueva Plataforma Estratégica 2021 – 2024 y el Mapa de Procesos aprobados con el Acuerdo 038 de Octubre 3 de 2022

4.3. IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Una vez establecido en el Manual Gestión del Riesgo identificado con código 01GIC14-V2 en el numeral 3.4.2) se debe hacer un listado de posibles riesgos de corrupción esto con el fin de facilitar su identificación y tomar la decisión de considerarlo como riesgo de corrupción y ser listado en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, es por ello que se cuenta con doce (12) Riesgos de Corrupción de los procesos de: Gestión Financiera, cuatro (4) riesgos; Bienes y Servicios, tres (3) riesgos; Gestión Jurídica, un (1) riesgo; Tecnología Biomédica, un (1) riesgo; Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento, un (1) riesgo; Gestión de la Información TIC, un (1) riesgo e Ingeniería Hospitalaria, un (1) riesgo. Cada uno de estos Riesgos de Corrupción contiene: Descripción del Riesgo, Riesgo Inherente, Controles y Riesgo Residual.

El contenido de los Riesgos de Corrupción establecidos en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, no en todos los riesgos toma en cuenta la definición de riesgos de corrupción "POSIBILIDAD DE QUE POR ACCIÓN U OMISIÓN, SE USE EL PODER PARA DESVIAR LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO HACIA UN BENEFICIO PRIVADO"

4.4. CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA

De la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, se relaciona en el documento que fue elaborado por los Jefes, Directores responsables de los Componentes y Subcomponentes del PAAC y el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, revisado por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y aprobado por el Gerente del Hospital. No se evidencia documento físico (formato) de la construcción participativa.

4.5. CONTROLES

Se procede a verificar que controles cuentan con atributos de diseño establecidos en la Guía de Administración del Riesgo y diseño de Controles; es así como se observa que el formato en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, que contiene los riesgos y controles de corrupción tiene columnas de tipo de control, implementación, frecuencia y evidencia; todas debidamente diligenciadas en frente de la descripción del control

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

ANALISIS DETALLADO:

- **Riesgos del Proceso – Gestión Financiera:** Se observa cuatro (4) riesgos, tres (3) de "Posibilidad de recibir dinero a nombre propio o de terceros" y uno (1) de "Perdida de Dineros". En general se observa que se registraron siete (7) controles, los cuales todos son manuales; esto dificulta la fiabilidad del control, pues se deben desarrollar actividades, como cruces de cartera, por lo cual se debe avanzar a controles automatizados que generen alertas a los superiores para que tomen decisiones, ninguno de los controles está a cargo del Director Financiero, Tesorero, Contador y/o Líder. No es posible que los controles estén a cargo de las mismas personas que generan el riesgo; pues se habla de inconsistencia de cargue, manipulación del trámite de glosas en bases de dato, etc.
Aunando a lo anterior, las personas que generan el riesgo y hacen el control, no tendrán a quien reportar si encuentran alguna falla o inconsistencia, así mismo los controles están a cargo de funcionarios con cargos de baja responsabilidad, funcionarios y/o colaboradores que por lo general no son de la planta del hospital, lo cual disminuye su responsabilidad; por último existe la posibilidad de que el que ejecuta los controles guarde silencio, sobre las anomalías encontradas, entonces el hospital o el responsable del proceso solo se dará cuenta cuando se materialice el riesgo, motivo por el cual, el control tiene pocas probabilidades de ser preventivo y/o correctivo.
- **Riesgos del Proceso – Bienes y Servicios:** Tiene relacionado tres (3) riesgos de corrupción, todos relacionados con "Posibilidad de recibir o solicitar dádivas o beneficios"; se registraron ocho (8) controles.
- **Riesgos del Proceso – Gestión Jurídica:** Tiene un (1) riesgo de corrupción, relacionado con "Recibir o solicitar dádivas", registra tres (3) controles que no cuentan con todos los atributos de diseño establecidos en la Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6; faltando el registro o evidencia, se observa también que no se describe como se reporta al Líder del Proceso, si se encuentra alguna anomalía por parte de quien ejecuta el control, es decir, existe la posibilidad de por el que ejecuta el control guarde silencio al Líder del Proceso y este se entere de forma tardía o cuando se materialice el riesgo de corrupción.
- **Riesgos del Proceso – Tecnología Biomédica:** Tiene un (1) riesgo de corrupción, relacionado con "Recibir o solicitar dádivas", registra cuatro (4) controles, todos manuales, dos (2) de los controles son ejecutados por el Líder del proceso, quien tiene más posibilidades de recibir o solicitar dádivas, pues generalmente será el generador de necesidades y supervisor del contrato; los otros dos controles son ejecutados por personas operativo y no se describen el control a quien reportar si encuentran alguna anomalía.
- **Riesgos del Proceso – Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento:** Tiene un (1) riesgo de corrupción, relacionado con "Recibir o solicitar dádivas", registra un (1) control, la descripción del control no especifica nada, no describe quien ejecuta el control, su redacción es ineficaz en todo sentido, no cumple con los atributos de diseño establecido en la Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

- **Riesgos del Proceso – Gestión de la Información TIC:** Cuenta con un (1) riesgo de corrupción, relacionado con “Recibir o solicitar dadivas”, registra cuatro (4) controles, pese a que los permisos de mayor nivel para acceder a la información se encuentran en poder del Subdirector de Sistemas; el Gerente, el Líder de Tesorería, la Directora Financiera y demás Directores y Subdirectores del Hospital se trasladó la responsabilidad de la custodia de la información y ejecución de los controles a los Líderes de los procesos, enfocando los controles solo al reporte de personal para inactivar usuarios, que en la mayoría de veces no cuentan con los permisos de mayor nivel. Se deben diseñar controles con alertas en el Sistema de Información para las personas con acceso a la información sensible (Financiera y de data de personal) que tengan una posibilidad de eliminar, modificar o copiar o alguna otra actividad inusual. En conclusión la descripción de los controles se queda muy corta y solo atiende una mínima parte del riesgo de corrupción.
- **Riesgos del Proceso – Ingeniería Hospitalaria:** cuenta con un (1) riesgo de corrupción, relacionado con “Recibir o solicitar dadivas”, registra dos (2) controles, los cuales son manuales, no se menciona en la descripción del control a cargo de quien está el control, como tampoco a quien se debe reportar si se encuentra alguna anomalía, en el entendido que es el responsable del proceso quien tiene mayor posibilidad de recibir o solicitar dadivas; pues generalmente será el generador de necesidades y el supervisor. Existe la posibilidad de que el que ejecuta el control, guarde silencio de las anomalías encontradas, entonces el hospital solo se dará cuenta al momento que se materialice el riesgo de corrupción, motivo por el cual el control tiene pocas posibilidades de ser preventivo.

5. RESULTADO DE LA ENCUESTA AUTOEVALUACIÓN POLÍTICA TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN - 2023

Mediante comunicado con consecutivo Orfeo 2023110010535-1 fechado Octubre 20 de 2023 donde se les comunico a 33 funcionarios (20 responsables de Proceso y 13 supervisores de contratos) reunión virtual con el enlace meet.google.com/tnt-fbwy-gog a las 10:30 a.m. el día 23 de octubre de 2023, en la cual se dio lineamientos para el diligenciamiento de la Autoevaluación, así mismo se dio enlace para acceso al Aplicativo Almera donde se encontraba la autoevaluación.

A la cual respondieron 26 funcionarios socializados, es decir el 79% del total socializado (Responsables de Proceso 17 funcionarios, 85% y 9 Supervisores, 69%) de la forma requerida para el tabulado de la autoevaluación; una vez realizada la revisión a cada una de las encuestas respondidas se evidencia que 5 funcionarios responsables de los siguientes procesos contestaron de manera acertada; Gestión Jurídica, Bienes y Servicios, Atención al Usuario, Familia y Comunidad, Inteligencia de Mercados y Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

Mientras que se observó con preocupación en las respuestas entregadas por 6 funcionarios desconocimiento del PAAC 2023 y algunas respuestas entregadas como fueron el Proceso de Ingeniería Hospitalaria, Gestión de la Información TIC y Gestión de Salud Pública y tres (3) Supervisores de contrato como son; Dirección Administrativa, Subdirección de Personal y Dirección Científica. En cuanto a los

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

procesos asistenciales se evidencio que hubo información errada la cual fue enunciada en las diferentes encuestas como fue que identificaron al Proceso de Hotelaría Hospitalaria como proceso con Riesgo de Corrupción en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023.

En general se observa que no se tuvo presente para dar las respuestas el PAAC de la vigencia 2023, como sus componentes y actividades, así mismo se debe consultar y poner en conocimiento propio la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, el cual fue actualizado el pasado 6 de septiembre de 2023.

Para la evaluación de la presente encuesta se contempló con un total de trece (13) preguntas, de las cuales seis (6) preguntas fueron de selección múltiple, cuatro (4) de selección única con observación para ser diligenciada por los encuestados, una (1) de selección única y dos (2) para diligenciar la observación.

6. CONCLUSIONES

Se realizó reunión virtual para el diligenciamiento de encuesta con trece preguntas basadas en la Política de Transparencia, acceso a la Información y lucha contra la corrupción donde se socializo a treinta y tres funcionarios, hubo participación de 26 funcionarios, es decir el 79% de los Responsables y Supervisores de Contratos.

La auditoría interna permite supervisar, verificar la eficiencia, la eficacia y hacer seguimiento a los controles de los riesgos de corrupción que tienen algunos de los procesos que se encuentran descritos en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2 para mejorar y evitar materialización.

Llama la atención que no se tengan Riesgos de Corrupción para el Proceso de Inteligencia de Mercados, el Servicio de Farmacia y el Proceso de Talento Humano en donde se manejan muchos recursos económicos del hospital.

La Auditoría juega un papel importante en la gestión de hospital, a través de un enfoque sistemático y disciplinado, con un análisis, evaluación y recomendaciones, permitiendo contribuir a mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión de cada uno de los procesos susceptibles a riesgos de corrupción y llevando unos controles para evitar la materialización de los riesgos de corrupción.

7. EVALUACION DE RESPUESTAS ENTREGADAS DEL PREINFORME

Se realiza cierre de Auditoría Seguimientos a RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCIÓN - Vigencia 2023 el día 28 de Noviembre 2023, reunión que se llevó a cabo virtualmente desde las 11:30 a.m. con el siguiente enlace meet.google.com/iss-xdoc-mat, reunión socializada mediante oficio de fecha noviembre 23 de 2023, donde se solicitó que realizaran comentarios y/o entrega de soportes antes de noviembre 28, fecha indicada para cierre, toda vez que estos se evaluarían y se informarían los resultados en el cierre, se reciben aclaraciones y comentarios con oficios y correo electrónico de fecha del mismo día de la reunión por parte de: Subdirección de Personal y

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

Desarrollo Humano, Dirección Atención al Usuario, Familia y Comunidad y de la Oficina Asesora Jurídica. De la información entregada se detallada a continuación:

Subdirección de Personal y Desarrollo Humano; Indica que no hubo recomendaciones con relación a la matriz de Corrupción, dado que para el año 2022 se contó con riesgos de proceso y no de Corrupción, sin embargo se realizara análisis correspondientes a Riesgos de Corrupción para la vigencia 2024.

Dirección Atención al Usuario, Familia y Comunidad; Indica que no hubo recomendaciones como tampoco tiene definidos Riesgos de Corrupción por lo que no se emiten observaciones.

Oficina Asesora Jurídica; Registra en la respuesta una recomendación "Revisada la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, se observó que tres (3) Riesgos de Corrupción no cumplen con los criterios de diseño de controles establecidos en la Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6; Gestión Jurídica, falta el registro de control; (...) donde manifestó que se viene trabajando en los riesgos institucionales, específicamente en Riesgos de Corrupción, con ajustes realizados, a causas y controles, en definición y redacción. Frente al registro y evidencia manifiesta que cuenta con soportes y evidencias, detalla dos controles con sus evidencia y controles, e informa que se encuentran en el aplicativo ALMERA como en físico en carpetas que reposan en la oficina, manifestando también que con la Oficina Asesora de Planeación se está realizando evaluación de controles y que estos se estandarizaran para la vigencia 2024 en caso de ser oportunos, igualmente indica que el atributo es meramente informativo y cita concepto de la *Guía de la Administración del Riesgo y el diseño de Controles en la entidades públicas*, que refiere "Los atributos informativos solo permiten darle formalidad al control y su fin es el de conocer el entorno del control y complementar el análisis con elementos cualitativos; sin embargo, estos tienen una incidencia directa en su efectividad. Teniendo en cuenta que es a partir de los controles que se dará movimiento, en la matriz de calor que corresponde a la figura 14, se muestra cual es el movimiento en el eje de probabilidad y en el eje de impacto de acuerdo con los tipos de controles" y solicita la Oficina Asesora Jurídica que se elimine la recomendación, toda vez que se está realizando los ajustes respectivos al control de corrupción.

Entregados los comentarios y registrados anteriormente, se indica que todas las recomendaciones descritas en el informe preliminar quedan en firme, toda vez que estas recomendaciones así como se describieron y que tienen incidencia en procesos en particular, también incide de manera general en otros procesos, así mismo indicarles nuevamente que como punto de partida para esta auditoria se tuvo en cuenta la Matriz de Corrupción 2023 V2, publicada en la página WEB del hospital desde septiembre 6 de 2023. Por lo anterior todo ajuste y/o modificación que se interprete con cada una de las recomendaciones debe quedar plasmada en la Matriz, es decir, actualizándola.

8. RECOMENDACIONES 2023

1. Condición

Una herramienta para la identificación y prevención de Riesgos de Corrupción es tener canales seguros para reportar los riesgos, es por ello que la Vicepresidencia de la Republica a través de

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

la Secretaria de Transparencia crea la Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción – RITA, cuyo objetivo es fortalecer los mecanismos de lucha contra la corrupción, acercando al ciudadano mediante canales de participación ciudadana y transparencia. Es por ello que esta auditoria recomienda seguir lo dispuesto en el Manual con base en el cual operara la exclusiva Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción – RITA, conformada por entidades del Orden Nacional y Territorial y la Secretaria de Transparencia.

Criterio

Decreto 338 de 2019, Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, único reglamentario de la Función Pública. Ley 906 de 2004, Artículo 67°. Ley 1474 de 2011, Artículo 9°. Ley 1712 de 2014, Artículo 20, 23 y 74.

Causa

El Hospital Universitario de la Samaritana no cuenta con herramientas suficientes para definir Integridad Pública, Transparencia y Legalidad, lo cual permite no tener confianza en la institucionalidad, la Secretaria de Transparencia, adscrita a la Vicepresidencia de la Republica, acompañara y recomendará la adopción de buenas prácticas de anticorrupción y el uso correcto del canal de denuncia RITA. La entidad debe socializar por todos los canales los correos electrónicos dispuestos por Vicepresidencia para las denuncias por corrupción, ([soytransparente@\(Entidad\).gov.co](mailto:soytransparente@(Entidad).gov.co)) y denunciacorrupcion@presidencia.gov.co. Es por eso que el manual describe Procesos y Procedimientos que permitirán el adecuado funcionamiento de RITA. Es importante revisar la página de la Secretaría de Transparencia en donde se encuentran los documentos de buenas prácticas con el fin de actualizar nuestros procedimientos de reporte.

Efecto

Disminución en la participación del cliente interno y externo para reportar y prevenir Riesgos de Corrupción.

MÓDULO 2 SISTEMA DE CONTROL FISCAL INTERNO

1. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

2. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

3. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

4. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

5. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

6. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

7. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

8. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

9. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

10. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

11. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

12. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

13. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

14. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

15. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

16. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

17. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

18. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

19. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

20. ¿Se ha implementado un sistema de control interno que permita evaluar la integridad, la transparencia y la legalidad de las operaciones de la entidad? Sí No

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

2. Condición

Según las preguntas de la encuesta diligenciada en la Contraloría Departamental por parte del Gerente, Jefe de Oficina de Control Interno y Jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, se evidenció que en el Hospital Universitario de la Samaritana no existe un procedimiento para el Reporte de Riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos, como también un procedimiento de Control Fiscal Interno y Mapa de Riesgos Fiscales, como se describe en la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, página 66 y subsiguientes que contiene los lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, control fiscal interno y prevención del riesgo y la metodología con el paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados anteriormente, los cuales deben estar en cabeza de la Dirección Financiera, involucrando al Revisor Fiscal, Supervisores, Subdirector de Bienes y Servicios e Inteligencia de Mercados, Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, Oficial de Cumplimiento y 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 el diseño de controles en entidades públicas, versión 6

Causa

Desconocimiento de normas lo que conduce a que E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana 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.

MÓDULO 2 SISTEMA DE CONTROL FISCAL INTERNO

1. ¿Existe un procedimiento para el levantamiento del Mapa de Riesgos Fiscales?	Si	¿Existe un procedimiento para el levantamiento del Mapa de Riesgos Fiscales?	Si
2. ¿Existe un procedimiento para el control fiscal interno?	Si	¿Existe un procedimiento para el control fiscal interno?	Si
3. ¿Existe un procedimiento para el reporte de riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos?	Si	¿Existe un procedimiento para el reporte de riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos?	Si
4. ¿Existe un procedimiento para el análisis de riesgo fiscal?	Si	¿Existe un procedimiento para el análisis de riesgo fiscal?	Si
5. ¿Existe un procedimiento para la prevención del riesgo?	Si	¿Existe un procedimiento para la prevención del riesgo?	Si
6. ¿Existe un procedimiento para el levantamiento del Mapa de Riesgos Fiscales?	Si	¿Existe un procedimiento para el levantamiento del Mapa de Riesgos Fiscales?	Si
7. ¿Existe un procedimiento para el control fiscal interno?	Si	¿Existe un procedimiento para el control fiscal interno?	Si
8. ¿Existe un procedimiento para el reporte de riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos?	Si	¿Existe un procedimiento para el reporte de riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos?	Si
9. ¿Existe un procedimiento para el análisis de riesgo fiscal?	Si	¿Existe un procedimiento para el análisis de riesgo fiscal?	Si
10. ¿Existe un procedimiento para la prevención del riesgo?	Si	¿Existe un procedimiento para la prevención del riesgo?	Si

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

3. Condición

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

Por lo anterior se recomienda prioritariamente tener el programa de Transparencia y Ética Pública.

Criterio

Ley 2195 de 2022, Artículo 31

Ley 87 de 1993

Ley 1474 de 2011

Causa

Desconocimiento de la norma que afecta el cumplimiento, seguimiento y prevención de actos de corrupción, como reforzar la articulación y coordinación de las entidades del estado.

Efecto

Pérdida de credibilidad institucional por el desconocimiento de las normas que promueven la prevención de actos de corrupción.

Transparencia y Ética Pública: Herramientas para su implementación

Programas de transparencia y ética pública:

Como contenidos mínimos de los programas de transparencia y ética pública los siguientes elementos:

- a) Medidas de debida diligencia en las entidades del sector público;
- b) Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la Unidad de Información y Análisis Financiero -UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la expedición de esta norma;
- d) Redes interinstitucionales para el fortalecimiento de prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad;
- d) Canales de denuncia conforme a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011;
- e) Estrategias de transparencia, estado abierto, acceso a la información pública y cultura de la legalidad;
- f) Todas aquellas medidas adicionales que la Entidad considere necesario incluir para prevenir y combatir la corrupción.

Transparencia y Ética Pública: Herramientas para su implementación

Programas de transparencia y ética pública:

Como contenidos mínimos de los programas de transparencia y ética pública los siguientes elementos:

PARAGRAFO 1. En aquellas entidades en las que se tenga implementado un Sistema Integral de Administración de Riesgos, este deberá articularse con el Programa de Transparencia y Ética Pública.

PARAGRAFO 2. Las entidades del orden territorial contarán con el término máximo de dos (2) años y las entidades del orden nacional con un (1) año para adoptar Programa de Transparencia y Ética Pública.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
---------------------	---	--

4. Condición

Se realiza Autoevaluación Política Transparencia, acceso a la información y lucha contra la Corrupción 2023, que contempló un total de trece (13) preguntas, de las cuales seis (6) preguntas fueron de selección múltiple, cuatro (4) de selección única con observación para ser diligenciada por los encuestados, una (1) de selección única y dos (2) para diligenciar la observación. Se evidencia que no se tuvo presente para dar las respuestas el PAAC de la vigencia 2023, como sus componentes y actividades, así mismo se debe consultar y poner en conocimiento propio la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023, actualizado el 6 de septiembre de 2023.

Criterio

Ley 87 de 1993

Ley 1474 de 2011

Causa

Desconocimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano "PAAC" 2023 y sus modificaciones.

Efecto

Disminución en la toma de decisiones oportunas y coherentes frente a las situaciones relacionadas con el objeto de esta auditoría.

5. Condición

Revisada la Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, se observó que tres (3) Riesgos de Corrupción no cumplen con los criterios de diseño de controles establecidos en la Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6; Gestión Jurídica, falta el registro de control; Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento, no hay descripción del control y Gestión de la Información TIC), los controles no atienden la totalidad del riesgo de corrupción.

Criterio

Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6.

8.2. Grupo Estándares de Direccionamiento, Estándar 76.

Causa

Incompleta redacción de los controles.

Efecto

Dificultad en la prevención del riesgo de corrupción.

6. Condición

Se observó que la ejecución de los controles están a cargo del personal que a su vez son los generadores de los riesgos de corrupción, que los controles no dicen a quién y cómo reportar si son detectados o hay anomalías, así que si los que ejecutan los controles deciden guardar silencio, el hospital solo se enterara cuando se materialice el riesgo de corrupción, pues la mayoría de controles son manuales y no generan ninguna alerta automática, a la gerencia, a la Oficina de Control Disciplinario, al Oficial de Cumplimiento, Oficina de Control Interno, a la Junta Directiva o a los Entes Externos. Recordando que quien se da cuenta de las anomalías pueden hacer el reporte a esta instancia de manera anónima.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

Criterio

Guía Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades Públicas Versión 6.
8.2. Grupo Estándares de Direccionamiento, Estándar 76.

Causa

Incompleta redacción de los controles.

Efecto

Dificultad en la prevención del riesgo de corrupción.

9. RECOMENDACIONES AUDITORÍAS ANTERIORES

Se solicita que informen cada uno de los responsables de proceso y/o supervisores, cómo fueron atendidas las recomendaciones de las vigencias anteriores.

De las recomendaciones de las vigencias 2022 se reiteran:

Condición

De la matriz de riesgos de corrupción en la vigencia 2021, que contenía treinta y tres (33) riesgos de corrupción; el riesgo de corrupción '*Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer un tercero*'. Con zona residual MODERADA en la VIGENCIA 2021; hace parte de la matriz de riesgos de corrupción 2022.

Los riesgos de corrupción de la matriz de riesgos de corrupción 2021, cuatro (4) de estos riesgos de corrupción con zona de riesgo residual ALTA¹ no son reconocidos en la matriz de riesgos de corrupción de 2022 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

De la matriz de riesgos de corrupción 2022 no se observa durante la vigencia ajuste, modificación a la matriz 2022.

Conforme a la metodología adoptada por la E.S.E., posterior a la implementación de los controles se obtiene el riesgo residual para cada uno de los riesgos de corrupción de la matriz 2022. Con las siguientes premisas:

- ❖ Son 23 causas de los riesgos de corrupción, en promedio dos causas por cada uno de los riesgos de corrupción y 27 controles para mitigar y/o minimizar los riesgos de corrupción, en promedio por cada riesgos de corrupción hay 2.5 controles.
- ❖ Son causas de los riesgos de corrupción: mezcla de funciones, falta de seguimiento, falta de ajustes, conflicto de intereses, fallas en los procedimientos, designación por parte de la administración, falta de soporte tecnológico, ineficiente planeación, demora en las acciones correctivas, supervisión inadecuada, controles no documentados e insuficientes controles
- ❖ Una de las causas de los riesgos de corrupción es '*Insuficientes controles*', causa que se repite en cinco (5) riesgos de corrupción.
- ❖ De los riesgos de corrupción de la matriz 2022, todos los once (11) contienen zona de riesgo Inherente; diez (10) en zona inherente ALTA y uno en zona inherente EXTREMA.

¹ Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en la prestación de los servicios debido a la violación de procesos de selección en beneficio de terceros, Posibilidad de Exceder las facultades Gerenciales, Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial por apropiación de bienes, elementos e insumos para uso personal o comercialización, Posibilidad de manipulación del Informe de la Evaluación Independiente y/o limite el alcance de la Evaluación en beneficio de un tercero, por parte del auditor interno y/o del proceso auditado.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

- ❖ Del riesgo de corrupción 'Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer un tercero'. Del proceso de Gestión jurídica con zona residual MODERADA en la vigencia 2021 y que hace parte integral de la matriz de riesgos de corrupción 2022, la zona inherente es ALTA, con cuatro (4) controles, no cuenta con la evaluación del riesgo en zona residual.
- ❖ De los ocho riesgos de corrupción ubicados en zona de riesgo inherente ALTA Y EXTREMA aplicados los controles previos y posteriores continúan en las mismas zonas ALTA Y EXTREMA; Por lo tanto los controles no han sido eficientes en estos riesgos de corrupción.
- ❖ De los 11 riesgos de corrupción ninguno se encuentra en zona Residual MODERADA. y/o CATASTROFICO.

En verificación física a los controles de los riesgos de corrupción, de la matriz de riesgos de corrupción 2022, con el responsable del proceso – funcionario público, se obtuvo la siguiente información, respecto a los controles existentes para cada uno de los riesgos de corrupción de la matriz 2022:

- Dos de los riesgos de corrupción no contienen controles.
- No se establece la periodicidad de aplicación de cada uno de los controles establecidos en los riesgos de corrupción.
- No se identifican los riesgos de corrupción compartidos y transversales a varios procesos de la entidad.
- No se identifica a los responsables de implementar y aplicar cada uno de los controles.
- No se establece si el control es implementación general o parcial
- Como resultado de la verificación se conoce que si bien el riesgo de corrupción está identificado en un proceso, los controles corresponden a otro proceso.
- Se registran controles inexistentes, mal redactados a los riesgos de corrupción.
- Algunos de los controles corresponden a funciones establecidas en el Manual de funciones y competencias laborales, otros controles son actividades de obligatorio cumplimiento, establecidas por norma.
- La matriz de riesgos de corrupción 2022, en ninguna de sus partes determina las sedes.

Criterio

- Ley 87 de 1993
- Ley 1474 de 2011
- Decreto 1083 de 2015

Causa

La matriz de corrupción 2022 de la E.S.E. no cuenta con las herramientas suficientes para definir la efectividad y eficiencia de los controles a los riesgos de corrupción.

Falta de capacitación en materia de Gerencia, Gestión de riesgos y Administración de riesgos. Desconocimiento de la norma, de conceptos claves en los riesgos de corrupción, como son el concepto de control y acción de mejora.

Debilidad en la identificación de los riesgos de corrupción, en el análisis, en la definición de los controles y de su implementación.

Por lo que en varios de los riesgos de corrupción se informa y aprecia el desconocimiento de la normatividad aplicable a la E.S.E., de los procesos, lo que conduce a identificar riesgos de corrupción, a establecer causas y controles no relacionados y vinculados con la organización interna de la entidad.

Los controles establecidos en la matriz de riesgos de corrupción 2022 implementados no generaron mitigación de los riesgos.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

El establecido de los riesgos de corrupción en la Zona Residual ALTA y/o EXTREMA No puede ser eliminados, por lo cual su identificación debe contemplarse y /o justificarse en las matrices de corrupción y los planes de operativos de la entidad.

Efecto

Debilidades en la construcción de la matriz de riesgos de corrupción de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, que tome como referente todas las sedes.

Ausencia de riesgos de corrupción aplicables a la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana, en cuanto a riesgos de corrupción con foco en adquisición de medicamentos y tecnologías de la salud, entre otros.

De las recomendaciones de las vigencias 2020 y 2021 se reiteran las siguientes:

- ✓ **Compromiso** la responsabilidad es del más alto nivel Directivo² de la E.S.E.
- ✓ **Construcción participativa:** Elabore el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas para mitigar esos riesgos (controles) de manera participativa, en la que se cuente con un canal de comunicación directo con las directivas.
- ✓ **Capacitación y conocimiento** Los integrantes y/o equipos que participan tengan conocimiento de la E.S.E., de la normatividad que le rige, de la administración de riesgos e integridad en el sector público, con el fin de que se facilite la identificación, evaluación y/o cuantificación (la probabilidad e impacto, así como de las acciones que deben emprenderse), análisis, control, supervisión y monitoreo.
- ✓ **Conocimiento** de los objetivos estratégicos, del Plan Indicativo, del POA, de los Planes departamentales
- ✓ **Controles:** Identifique acciones viables y eficaces que sirvan como controles que mitiguen de manera adecuada las causas que hacen que los riesgos se materialicen. Controles que al interrelacionarse permiten a la entidad evaluar aquellos eventos negativos tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos estratégicos de la E.S.E.
- ✓ **Monitoreo y Revisión,** adelantar pruebas de monitoreo para la prevención y detención de riesgos, monitoreo continuo de la efectividad de los controles, medición de factores de riesgos y de control versus los objetivos estratégicos; estas actividades se deben adelantar periódicamente. Acciones que le corresponde realizarlas a los líderes de los procesos³, responsables de los riesgos, pues se fundamenta en la cultura del autocontrol; también lo debe efectuar la oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.

Se recomienda en cuanto a los riesgos de corrupción medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos que se incluyan en la matriz de riesgos de corrupción, de esta forma en la matriz de riesgos de corrupción de la E.S.E. se registraran los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad.

² La **gestión del riesgo de corrupción**, en donde la responsabilidad de aprobar, analizar y definir la Línea Estratégica es responsabilidad de los niveles Estratégicos y Directivos – La Junta Directiva, el Comité Directivo, el Comité de Gestión y Desempeño Institucional y el Comité Institucional de Control Interno.

³ Los líderes de proceso responsables de la **Administración del riesgo de corrupción** deberán redoblar esfuerzos para identificar, valorar, evaluar y actualizar los riesgos de corrupción y sus controles que e implementar medidas y procesos que permitan cuantificar, administrar y cubrir los riesgos a los que se encuentra expuesta la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
--------------	---	------------------------------------

Se reiteran del informe de riesgos de corrupción de la vigencia 2020 las siguientes recomendaciones:

- ❖ Como una de las primeras herramientas se recomienda inspeccionar, examinar y analizar la metodología reconocida y difundida, para cada la línea estratégica y las líneas de defensa con el objetivo de optimizar la herramienta en todos los niveles de servidores públicos.
- ❖ Se recomienda generar un buen mecanismo de inducción, capacitación, socialización y promulgación en los niveles operativos, para que de esta forma sea implementada efectivamente la identificación de los riesgos de corrupción y sus causas.
- ❖ Se recomienda efectuar un análisis cuidadoso de las causas que pueden originar la posible materialización de los riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo que permitirá identificar objetivamente los riesgos de corrupción y establecer control y/o controles adecuados por cada una de las causas, que mitiguen el impacto y la probabilidad en caso de ocurrencia del riesgo de corrupción. El análisis de estas causas debe incluir los aspectos legales y reputaciones, el Recurso Humano, los Procesos, la Seguridad Digital, la Tecnología, la Infraestructura y el contexto externo.

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

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 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 recomendaciones aquí registradas, como los planes de mejoramiento a que dé lugar esta Auditoria son de carácter institucional.


YETICA JHANSVELL HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Noviembre 29 de 2023