

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

San José del Guaviare, 18 de febrero de 2026

100-102-05-026

Doctor

GERMAN AMEZQUITA NIÑO

Gerente

E.S.E Hospital San José del Guaviare

San José del Guaviare

Asunto: **Evaluación Mapas de Riesgos SARO II Semestre y SICOF III Cuatrimestre Vigencia 2025**

Cordial saludo, Doctor German Amézquita

La ESE Hospital San José del Guaviare mediante a Resolución No. 1620 del 29 de diciembre de 2023 actualizo y adopto la política de Gestión del Riesgo, actualización que incorpora las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 *“POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE* y la Circular Externa 20211700000005-5 por medio de la cual da *“INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) Y MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 018 DE 2015, 009 DE 2016, 007 DE 2017 Y 003 DE 2018”*; es así que la ESE HSJG adopta los siguientes subsistemas de Riesgos:

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito (SARC)
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT / FPADM)
7. Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Durante la vigencia 2025 la ESE HSJG continuo con la implementación y gestión de los subsistemas de Riesgos Operacional SARO y Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, gestión que se desarrolla a través del software Almera, publicados en la página web de la ESE HSJG y liderado por la Oficina de Planeación, así mismo identificados, actualizados y gestionados por la primera y segunda línea de defensa, como también ejecutados los controles; y, evaluados por la Oficina de Control Interno de Gestión.

Dicho lo anterior, se advierte que, si bien están creados los demás subsistemas adoptados, aún no se han implementado ni se están gestionando en la Entidad, hecho



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

que preocupa y por el cual se hace la recomendación de dar celeridad e iniciar la implementación y gestión de todos los subsistemas adoptados y que son de obligatorio implementación y cumplimiento, en tanto que así lo dispuso y regulo el ente de control y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud.

Se aclara que, dada la transición del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, en el cual se encuentra la Entidad y lo que se deriva de esta, en consecuencia, el presente informe presenta la evaluación del mapa de Riesgos SARO II semestre 2025 e incorpora la evaluación de los riesgos SICOF III cuatrimestre de la vigencia 2025, verificando su coherencia, actualización, efectividad de controles y cumplimiento normativo; así mismo, se indica que es parte integral del mismo la matriz Excel con las 2 hojas, cada una de ellas correspondiente al mapa de riesgos SARO y al mapa de riesgo SICOF.

A continuación, se presenta el cumplimiento de los controles diseñados para la mitigación de materialización de los riesgos SARO.

Tabla No 1. Resumen Mapa de Riesgos SARO

RIESGOS SARO I SEMESTRE VIG. 2025		
No. AREAS/SERVICIO/PROCESOS	No. RIESGOS IDENTIFICADOS	NO. DE CONTROLES DISEÑADOS
30	34	36

En la tabla No. 1 se observa que el mapa de riesgos SARO no presentó novedades para el II semestre 2025, es decir continua con los 30 procesos de los diferentes servicios asistenciales, áreas y oficinas administrativas de la Institución que identificaron 34 riesgos con 36 controles diseñados, conformando así el Mapa de Riesgos SARO de la ESE Hospital San José del Guaviare; así mismo se evidencia una gestión del Riesgo de conformidad al marco de la política de riesgos adoptado por la Entidad, como también y de forma general alineado con la metodología establecida y recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública en sus guías metodológicas de la gestión del riesgo en sus diferente versiones.

Tabla No 2. . Ejecución de Controles con un cumplimiento del 100%

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Mercadeo	Posibilidad de afectación reputacional por tergiversar la información de los servicios de salud, debido al desconocimiento por parte de los usuarios y/o medios de comunicación (emisoras locales y redes sociales), sobre los	El líder de la gestión de comunicaciones debe realizar programas radiales a través de las emisoras locales (Marandua y Caracol Guaviare) para informar a los usuarios sobre los procedimientos y procesos de la entidad, con el fin de mejorar la percepción de la E.S.E. Hospital san José del Guaviare.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	procesos y procedimientos de la Entidad.				
Mercadeo	Posibilidad de afectación económica por no acceder a los servicios de salud de la entidad, debido al desconocimiento del portafolio de servicios y sus canales	El profesional de la gestión comercial y costos, promocionara el portafolio de servicios y sus canales de acceso al cliente externo con el propósito de visibilizar y dar a conocer la oferta de los servicios de la entidad.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Seguridad y Salud en el Trabajo	Posibilidad de afectación económica por multa o sanción del ente regulador (Ministerio de Trabajo) por no realizar la investigación del accidente laboral que se presenta en los servidores y contratistas de la entidad.	Una vez se presenta un accidente laboral el profesional de seguridad y salud en el trabajo convoca al grupo investigador para iniciar el proceso de investigación mediante el formato de reporte de accidente. Esta acción permite identificar las causas del accidente y establecer las acciones de mejora correspondientes, con el fin de evitar su recurrencia y fortalecer el sistema de gestión de riesgos laborales.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Gestión Documenta	Posibilidad de Pérdida de documentos por agentes biológicos, debido a la falta de controles de limpieza y desinfección.	El grupo de trabajo de gestión documental realizara la limpieza y desinfección de las instalaciones del archivo de la entidad, la cual se debe desarrollar una vez por cada semestre durante la vigencia actual.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Control Interno Disciplinario	Posibilidad de afectación reputacional, por vulneración al debido proceso, a causa del vencimiento de términos en las diferentes etapas procesales dentro de los procesos disciplinarios.	El jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realiza seguimiento a las etapas de instrucción procesal, a través de un informe en el cual se evidencie la vigencia, numero de proceso, incumplimiento y estado actual de cada proceso.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Calidad	Posibilidad de sanción del ente regulador por incumplimiento a la circular externa 012 (PAMEC) de 2016, debido a la no ejecución de los planes de mejora.	La Jefe de la Oficina de Calidad realiza seguimiento bimestral a las acciones formuladas para los estándares priorizados, a través de auditorías internas a los planes de mejoramiento, para verificar el avance de los planes.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Estadística	Posibilidad de entrega de historias clínicas sin el cumplimiento de los requisitos, debido a la no adherencia de los lineamientos establecidos en la resolución 1995 de 1999.	El técnico del proceso de Estadística realiza inducción y reinducción del Manual de Manejo de Historias clínicas al personal del área, a través de una capacitación, en la cual se resalte la importancia de la entrega de las historias clínicas con el debido cumplimiento de los requisitos acorde con la resolución 1995 de 1999.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Gestión Ambiental	Posibilidad de Inadecuada segregación de residuos hospitalarios y similares en los diferentes servicios de la Institución, de acuerdo al código de colores, debido a la baja adherencia del	El profesional de la Gestión Ambiental realiza sensibilización bimestral sobre la inadecuada segregación de los residuos hospitalarios y similares, por medio de infograma y test de evaluativo para los colaboradores de la institución, con el fin de dar a conocer la adecuada	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.





HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

TU SALUD, NUESTRO COMPROMISO

Código de prestador

95 001 0000101

NIT: 832001966-2

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	PGIRHS (Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares), lo cual contribuye a generar contaminación al medio ambiente, accidentes laborales y enfermedades.	segregación de los residuos hospitalarios, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el (PGIRHS).			
Gobierno en Línea	Posibilidad de sanción por parte del ente de control por no publicar la información mínima requerida para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014. debido al incumplimiento de las áreas responsables.	El técnico de Gobierno en Línea realizará jornadas de capacitación dirigidas a los líderes de las áreas responsables de presentar información de carácter público, con el propósito de garantizar el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 sobre Transparencia y Acceso a la Información Pública. Adicionalmente, se notificará a los funcionarios mediante correo institucional para asegurar la difusión oportuna de las responsabilidades y obligaciones asociadas.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Planeación	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias debido al incumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional por falta de seguimiento.	El Jefe de la Oficina de Planeación realiza el seguimiento trimestral al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional (POA). Este seguimiento se efectúa a través del software Almera, mediante el cual se consolida y genera el informe de avance de las actividades y metas programadas, facilitando la toma de decisiones y la implementación de acciones correctivas cuando sea necesario.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó. Se recomienda mejorar la oportunidad y alcance del control, teniendo en cuenta que, si bien el informe de seguimiento del II semestre contiene el acumulado de los 2 semestres, por otra parte, el informe del I semestre no contempla el periodo correspondiente de manera completa.
Consulta Externa	Insatisfacción de los usuarios en la prestación de servicios ambulatorios, debido a la demora en la asignación de citas en especialidades básicas.	El coordinador del servicio de Consulta Externa verifica y analiza los indicadores de oportunidad, por medio del seguimiento y elaboración del informe trimestral de gestión, el cual evidencia el comportamiento de los indicadores del proceso atención ambulatoria, con el propósito de establecer las acciones de mejora	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Cirugía	Posibilidad de no realizar cirugías y procedimientos quirúrgicos programados	El coordinador del servicio de cirugía establece la trazabilidad de la cancelación de cirugías, en el cual el servicio de anestesiología documente las razones clínicas tras la valoración prequirúrgica. Con base en el diagnóstico, se direccionará al paciente al servicio de urgencias para la gestión de interconsulta con medicina interna, garantizando así la continuidad del manejo clínico y la reprogramación oportuna del procedimiento quirúrgico.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.

TU SALUD, NUESTRO COMPROMISO

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza

Página Web www.esehospitalguaviare.gov.co



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Epidemiología	Posibilidad de no realizar cirugías y procedimientos quirúrgicos programados	El líder de Epidemiología implementa estrategias de comunicación y socialización a través de videos, infogramas, clips informativos que serán publicados en los grupos de WhatsApp donde está incluido el personal asistencial, de igual forma, se realizara inducción al personal nuevo sobre la importancia de la notificación de eventos en salud pública, asimismo, se llevarán a cabo rondas de inspección diarias por los servicios en búsqueda de las fichas epidemiológicas.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Epidemiología	Posibilidad de generar información no veraz e inoportuna en los eventos de vigilancia en salud pública, debido a fallas en el proceso de inducción y adherencia en los lineamientos nacionales para la notificación de las enfermedades de salud pública por parte del personal asistencial.	En caso de evidenciar inconsistencias en la información de las fichas epidemiológicas, se Informa a la coordinación médica y a la Subgerencia de Servicios la falta de notificación de eventos de interés en salud pública, con el fin de realizar el correcto diligenciamiento de las fichas por parte del personal médico.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Hospitalización	Posibilidad de afectación económica por caídas de pacientes en el servicio, debido al deterioro del equipo inmobiliario (camas, camillas, sillas para baño, etc), lo cual puede generar (fracturas de cadera, trauma craneo encefálico, eventos adversos) y demandas para la entidad.	El líder del servicio de hospitalización deberá identificar las necesidades de dotación de equipo inmobiliario (camas, camillas, sillas de baño, entre otros), mediante la realización de mesas de trabajo con el personal asistencial del servicio. A partir de este ejercicio participativo, se consolidarán los requerimientos prioritarios, los cuales serán formalizados en una propuesta para la formulación de un proyecto de dotación que permita garantizar la seguridad del paciente y prevenir eventos adversos asociados al deterioro del mobiliario.	Ejecutado	100%	Se observa gestión y acciones concretas y materializadas, las cuales ciertamente atacan causas del riesgo. Sin embargo, se recomienda de acuerdo a la guía metodológica gestión del riesgo del DAFP, que los controles diseñados e implementados para la mitigación del riesgo dependan y sean ejecutados por el responsable del proceso.
Imagenología	Posibilidad de insatisfacción de los usuarios en la prestación de servicios de imagenología y ambulatorios, debido al no cumplimiento de la oportunidad en la asignación de citas para Rayos X y Ecografías.	El líder del servicio de Imagenología debe realizar un diagnóstico integral del área de Rayos X, con el propósito de estructurar una propuesta de proyecto dirigida a la modernización del equipo de rayos X, la cual será presentada durante el último bimestre de la vigencia 2025	Ejecutado	100%	Se evidencia ejecución del control, sin embargo, se recomienda ajustar la frecuencia del control, en tanto que se registra en almera una frecuencia anual y en el mapa de riesgos publicado en la pág. web de la entidad, semestral. así mismo se recomienda enfocar el diseño y la redacción del control con un enfoque que guarde los



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

					lineamientos indicados en la guía metodológica de gestión del riesgo del DAFP.1
Imagenología	Posibilidad de insatisfacción de los usuarios en la prestación de servicios de imagenología y ambulatorios, debido al no cumplimiento de la oportunidad en la asignación de citas para Rayos X y Ecografías.	El líder del proceso, verifica de manera conjunta con el área de Ingeniería Biomédica, el informe del diagnóstico del equipo de Rayos X fijo, con el fin de conocer las fallas que afecten su operatividad, una vez se identifiquen las inconsistencias se tomaran las acciones correctivas pertinentes para reactivar la operación del servicio durante el último bimestre de la vigencia 2025.	Ejecutado	100%	Se evidencia ejecución del control, sin embargo, se recomienda ajustar la frecuencia del control, en tanto que en almera se registra una frecuencia anual y en el mapa de riesgos publicado en la pag. web de la entidad, semestral.
Laboratorio Clínico	Posibilidad de no generar reporte de exámenes para diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio debido a la no disponibilidad de reactivo de troponina I cuantitativa, lo que imposibilita una confirmación del diagnóstico y tratamiento oportuno.	El líder del proceso de laboratorio clínico, realiza seguimiento a la disponibilidad de reactivos para el diagnóstico del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) a través de la lista de chequeo código M-LC-LCH-04 donde esta descrito el stock mínimo de reactivos que garantizan la oportuna prestación del servicio.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Referencia y Contra Referencia	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador, debido a la no radicación oportuna de soportes requeridos para inicio de trámite de remisión al ente pagador.	El líder del proceso de Referencia y Contrarreferencia realiza el seguimiento y medición de la gestión de Referencia, a través de un informe trimestral identificando las causantes y acciones de mejora de acuerdo al indicador de oportunidad de gestión de trámite de Referencia.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó. Se recomienda complementar y evidenciar las acciones de mejora a seguir en caso de materializarse el riesgo o cuando el riesgo aumente, respecto al incumplimiento de los indicadores, los cuales se deben cumplir y mantener la oportunidad; frente aquellas actividades que se generan desde el proceso de referencia y contrarreferencia.
Servicio Transfusional	Posibilidad de afectación económica por entregar Hemo componente incorrecto, debido a la baja adherencia del protocolo de transfusión sanguínea.	El líder del servicio Transfusional realiza de manera mensual auditoria al servicio de gestión pre transfusional, a través del formato guía de inspección - ejercicio de trazabilidad se realiza el seguimiento a la auditoria, con el fin de verificar el correcto procedimiento establecido en el protocolo de transfusión sanguínea y manual de procedimientos.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Terapia de tratamiento y rehabilitación	Posibilidad de insatisfacción en la prestación de servicios de terapias de tratamiento y rehabilitación, debido al no cumplimiento de la oportunidad en la asignación de citas de terapias.	El coordinador del servicio verifica y analiza los indicadores de oportunidad, a través del seguimiento y elaboración del informe trimestral de gestión, donde se evidencie el comportamiento de los indicadores del servicio de terapias con el fin de establecer acciones de mejora.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó por el responsable. Se recomienda cargar las evidencias verificar los informes antes de cargarlos o dejarlos en firme; como se evidencia en el 4to informe, si bien se analizó los indicadores del 4to trimestre, a lo largo del informe se indica de forma literal (tercer trimestre).
Trabajo social	posibilidad de afectación económica por no pago del ente territorial, debido a la no presentación del estudio socioeconómico del migrante al área de facturación debidamente interconsultado.	La profesional de trabajo social, realiza seguimiento al migrante (población venezolana), de acuerdo con la fecha y hora de ingreso a la IPS, a través de una entrevista, en la cual se determina la situación socioeconómica e irregular del ciudadano, con el propósito de generar el estudio pertinente con base en la interconsulta generada, el cual se remite al área de facturación para ser cargado en el software de dinámica gerencial.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó por el responsable. Se recomienda cargar las evidencias verificar los informes antes de cargarlos o dejarlos en firme; como se evidencia en el 4to informe, si bien se analizó los indicadores del 4to trimestre, a lo largo del informe
Unidad de Cuidados Intermedios	posibilidad de afectación económica por subfacturación de estancias debido a la no oportunidad en el ingreso del paciente a la UCIM	El coordinador de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM), verifica el comportamiento del ingreso de los pacientes al servicio, a través del seguimiento trimestral del indicador de tiempo promedio de espera para ingreso del paciente al UCIM adulto, con el propósito de establecer acciones de mejora.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente. (Riesgo clínico)
Unidad Materno Infantil	Posibilidad de complicaciones de las gestantes y el feto, debido a demoras en la valoración de triage	El líder de la Unidad Materno Infantil, realiza el seguimiento mensual al indicador de oportunidad de triage obstétrico, a través del análisis de datos del software de Dinámica Gerencial, con el fin de brindar una atención oportuna y de calidad a las gestantes.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
Urgencias	Posibilidad de insatisfacción de los usuarios por estancias prolongadas, debido al retraso en la toma de ayudas diagnósticas y reporte de exámenes de laboratorio clínico.	El líder del servicio de urgencias realiza el análisis trimestral de los indicadores del servicio para la toma de imágenes diagnósticas a pacientes en observación, a través del seguimiento a la oportunidad en la toma de ecografías y reporte de exámenes de laboratorio clínico, con el fin de establecer acciones de mejora que minimicen las estancias prolongadas.	Ejecutado	100%	El control se ejecutó consistentemente por el responsable.
SIAU	Posibilidad de incumplimiento en la presentación de las respuestas de las (PQRS) peticiones, quejas y reclamos, debido a la inoportunidad de la	El profesional del Sistema de Atención al Usuario realiza el envío de la petición, queja y reclamo (PQRS) cada semana, mediante correo institucional a las áreas implicadas de establecer la respuesta oportuna, asimismo, establece recordatorios periódicos para la fecha de	Ejecutado	100%	Se evidencia ejecución del control.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	respuesta mayor al tiempo establecido, por parte del personal o área implicada.	respuesta en el menor tiempo posible; las inconformidades son presentadas ante el Comité de PQRS; en caso de incumplimiento se enviara el reporte a la oficina de Control Interno Disciplinario con el fin de establecer las acciones de mejora.			
--	---	--	--	--	--

Se observa en la tabla No. 2, 26 controles que fueron ejecutados de manera consistente por los responsables, es decir, una ejecución del 100%, este número equivale al 72% de total de los controles diseñados y registrados en el mapa de Riesgos SARO, este % corresponde al acumulado ejecutado en la vigencia 2025. Se resalta que estos procesos están activos para mitigar la materialización de los riesgos y cumplimiento de sus objetivos; Sin embargo, es importante atender las recomendaciones dadas por la Oficina de C.I.G en el presente informe.

Tabla No 3. Ejecución de Controles con cumplimiento Parcial >=" 50%

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Mercadeo	Posibilidad de desconocimiento del mercado para brindar servicios de salud oportunos para los usuarios del HSJG, debido a la ampliación de la oferta de servicios sin la socialización al cliente externo.	El profesional de la gestión comercial y costos, identifica las condiciones del mercado, a través del análisis de la situación externa (oportunidades y amenazas), con el propósito de tomar decisiones oportunas.	Ejecución parcial	50%	De acuerdo a las evidencias cargadas se observa que el control se ejecutó a partir del II semestre. Se aclara que un informe corresponde al análisis del I semestre, sin embargo, este se elaboró al finalizar el II semestre, lo cual no permite el cumplimiento del propósito del informe, que es insumo para la toma de decisiones en un periodo comprendido.
Talento Humano	Posibilidad de pagos indebidos o detrimento Patrimonial por realizar descuentos (aportes, ahorros y créditos) en la nómina que no cumplan con los requisitos exigidos.	La líder de Talento Humano verifica que la documentación presentada por el servidor público cumpla con los requisitos establecidos por la entidad para realizar los descuentos por libranza o solicitudes de créditos; de acuerdo a los lineamientos y/o paso a paso del instructivo de descuentos por nomina.	Ejecución parcial	75%	El control se ejecutó parcialmente.
Gestión Documental	Posibilidad de Incumplimiento de realizar transferencias documentales primarias fuera de los términos que establece el cronograma.	El Técnico de Gestión Documental, debe realizar la trazabilidad de cumplimiento de las acciones de acuerdo al cronograma de transferencias establecido para cada uno de los procesos de la entidad, a través del Procedimiento de gestión documental con código A-AC-PR-04, en el cual se establece la disposición final de documentos/transferencias documentales primarias y	Ejecución parcial	75%	El control se ejecutó de forma parcial. De tres soportes que evidencian la consistencia de ejecución del control, se observa 2.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

		cuyo registro se evidencia en el (FUID)-Formato Único de Inventario Documental bajo el código A-AC-FO-02.			
Gestión Documental	No contar con los protocolos claros y técnicos para la actualización, almacenamiento y eliminación segura de documentos	El líder de la gestión documental debe implementar el proceso de actualización de las tablas de retención documental (TRD); a través de una mesa de trabajo con los líderes de la alta dirección, se socializará el concepto técnico del Archivo General, en la cual se tome la decisión para el inicio del proceso de actualización de las TRD por parte del equipo de gestión documental de la entidad.	Ejecución parcial	50%	la valoración del % que se da al cumplimiento del control, se asocia a las evidencias cargadas. Se recomienda celeridad a este proceso, en tanto que, el no contar con el instrumento de TRD, es un riesgo de incumplimiento normativo que se ha materializado y evidenciado en los hallazgos confirmados con la Contraloría departamental del Guaviare y con la Revisoría Fiscal del HSJG. Así mismo se recomienda tener en cuenta los lineamientos para la redacción del riesgo.
Tecnología Informática	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de información del software de Dinámica Gerencial, debido a vulnerabilidades en el acceso a la información al no contar con mecanismos de control adecuados.	El líder de Tecnología Informática verifica la ejecución de las copias de seguridad diarias de los Planes de mantenimiento programados, a través de la inspección de la carpeta de Backus del servidor principal, en la cual se evidencie que se hayan generado los 6 archivos diarios actualizados en fecha hora y tamaño; en caso de que no se actualice los criterios (fecha, hora y tamaño), se verifica los planes de mantenimiento programados.	Ejecución parcial	50%	Las evidencias cargadas no dan alcance a la frecuencia de ejecución del control. Se recomienda mejorar y/o ampliar el contenido de los informes tanto en cumplimiento de la frecuencia como en las evidencias fotográficas e información que den cuenta de la ejecución del control.
Mantenimiento	Posibilidad de afectación económica por daños ocasionados en las unidades biomédicas, debido al mal uso de los equipos por parte del personal asistencial, lo cual incrementa el gasto para el mantenimiento de la tecnología usada para la prestación de servicios de salud.	El profesional de apoyo de la gestión biomédica, realizara seguimiento a los protocolos de uso de los equipos biomédicos, a través de la aplicación de la lista de chequeo (digital) donde se evalúa el paso a paso, de la limpieza, alistamiento, puesta en funcionamiento y almacenamiento de los equipos, lo cual permite identificar debilidades en la adherencia de los protocolos.	Ejecución parcial	50%	No se evidencia ejecución del control en el II semestre 2025.
Auditoría de Cuentas Médicas	Posibilidad de afectación económica por disminución en el flujo de recursos, debido a la extemporaneidad y deficiente calidad de la respuesta a la glosa.	El Coordinador del proceso, realiza evaluación de la calidad de la respuesta a las glosas emitidas por el personal del área de Auditoría de Cuentas Médicas, realizando una revisión aleatoria de una cantidad determinada de facturas por	Ejecución parcial	95%	Se evidencia ejecución del control, sin embargo, se recomienda cargar las evidencias completas, en tanto que no se evidencia la socialización de las falencias a los funcionarios.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

		cada funcionario, con el objeto de identificar falencias en la respuesta de las objeciones presentadas y establecer acciones de mejora.			
Planeación	Posibilidad de incumplimiento de las metas de ejecución de los proyectos debido a debilidades en el seguimiento	La Oficina de Planeación, en coordinación con las áreas responsables, realizará comités de seguimiento mensual a los proyectos institucionales, revisando el avance físico y financiero, identificando desviaciones, y generando alertas tempranas y planes de acción correctivos para garantizar el cumplimiento de las metas establecidas.	Ejecución parcial	92%	El control se ejecutó. Sin embargo, no se valora el 100% en tanto que falta el mes de diciembre y la frecuencia de ejecución del control es mensual.
Esterilización	Posibilidad de afectación económica por gasto desmedido del material quirúrgico (gasas, apósitos, vendajes, compresas, etc.) en los diferentes servicios de la entidad, debido al mal uso de los insumos estériles.	El coordinador del proceso de esterilización realiza un seguimiento mensual del gasto de material por áreas del hospital, a través del formato con código M-CI-FO-07 para determinar el consumo de cada servicio o área.	Ejecución parcial	75%	El control se ejecutó hasta el tercer trimestre 2025. Se recomienda ampliar el alcance del control, de manera que, en caso de que se evidencie posibles materializaciones, se determine la acción inmediata a seguir.
Transporte Asistencial	Posibilidad de afectación económica por no reconocimiento del servicio prestado, debido al incumplimiento del personal de enfermería del servicio de ambulancia en el cargue de la bitácora (registro clínico de los pacientes que son trasladados en ambulancia) al software institucional (DINAMICA.NET).	El líder del proceso de Transporte Asistencial realizará la socialización al personal auxiliar de enfermería responsable del cargue de la bitácora en el software de DINAMICA GERENCIAL, a través de un videoclip del proceso del cargue y la importancia del registro de la información.	Ejecución parcial	90%	El control se ejecutó por el responsable. No se valora en 100% el cumplimiento, en tanto que las evidencias no están en su totalidad.

En la tabla número 3 se observan que 10 controles del mapa de Riesgos SARO no dan alcance a la ejecución esperada al culminar el II semestre 2025, en tanto que su % de ejecución oscila entre el % 50% y el 95% de cumplimiento, este grupo representa el 28%. Se advierte que en la mayoría de estos no alcanzaron una calificación satisfactoria en la evaluación no solo por la no ejecución de controles sino también por debilidad en el cargue y reporte de evidencias en el software Almera, las cuales son incompletas o difieren parcial o total a las evidencias propuestas en el diseño del control.

De acuerdo a lo evidenciado en las tablas 2 y 3 se concluye un cumplimiento en la ejecución de controles del mapa de Riesgos SARO para para la vigencia 2025 de **92%**.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

A continuación, se presenta el cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para la mitigación de materialización de los riesgos SICOF.

Tabla No 4. Resumen Mapa de Riesgos SICOF

RIESGOS SICOF III CUATRIEMSTRE VIG. 2025		
No. AREAS/SERVICIO/PROCESOS	No. RIESGOS IDENTIFICADOS	NO. DE CONTROLES DISEÑADOS
15	17	17

En la tabla No. 4 se observa la composición del mapa de riesgos SICOF de conformidad a la actualización realizada durante la vigencia 2025, a continuación, se relacionan los aspectos más relevantes en la actualización:

- El mapa de Riesgos SICOF se compone en su mayoría por riesgos de procesos administrativos, aunque en algunos casos su causa raíz deriva de los procesos asistenciales.
- Se identificaron 4 riesgos nuevos de las áreas talento humano, presupuesto, facturación y de la subgerencia administrativa
- Se elimino 1 riesgo del área de presupuesto.
- Se modifico el control de los riesgos de Control Interno de Gestión, Jurídica y Contratación y Auditoria de Concurrente.

De otra parte, se observa una gestión del Riesgo de conformidad al marco de la política de riesgos adoptado por la Entidad, como también y de forma general alineado con la metodología establecida y recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública en sus guías metodológicas de la gestión del riesgo en sus diferentes versiones.

Tabla No 5. Ejecución de Controles con un cumplimiento del 100%

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Talento Humano	Posibilidad de que no se verifiquen adecuadamente los títulos académicos, certificaciones y antecedentes laborales, disciplinarios o legales de los colaboradores del hospital, lo que podría comprometer la idoneidad, legalidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.	El líder del área de talento humano actualiza e implementa el instructivo de vinculación de personal estandarizado para verificación de títulos y antecedentes en el proceso de selección y vinculación del personal de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare, de igual forma se llevará a cabo una socialización con las áreas (Subgerencia administrativa, subgerencia de servicios de salud y planeación las cuales participan en el proceso contractual.	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Talento Humano	Afectación económica por el pago de salarios a servidores que no cumplen efectivamente la jornada laboral sin su debida justificación.	Establecer y fortalecer mecanismos de control institucional para la verificación del cumplimiento efectivo de la jornada laboral por parte de los servidores públicos, mediante la implementación de sistemas automatizados de registro de asistencia (biometría o software especializado) con el apoyo del circuito cerrado de televisión (cámaras de seguridad) articulados con reportes trimestrales generados por talento humano y socializados al jefe inmediato para lo pertinente.	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.
Activos Fijos	Posibilidad de afectación económica por recepción de activos que no cumplen con las características establecidas en la obligación contractual de adquisición de bienes, debido a la falta de verificación de las especificaciones del contrato con el personal idóneo.	La profesional del proceso de Almacén deberá realizar la verificación del activo que ingresa, el cual debe cumplir con los requerimientos específicos del contrato, por medio del formato de recepción Técnica y administrativa de insumos con código A-SA-FO-02, el cual se lleva a cabo cada vez que ingresa un bien.	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.
Contabilidad	Posibilidad de afectación económica por omitir la verificación de requisitos por parte del supervisor a proveedores o contratistas para el registro de la cuenta por pagar, debido a la firma del formato adoptado por la entidad sin el cumplimiento de los requisitos allí solicitados.	La profesional universitaria del área de contabilidad verifica con su equipo de trabajo, que la información suministrada por el supervisor corresponda con lo establecido en el formato de informe de supervisión para contratos con código E-CL-FO-02; en caso de evidenciar inconsistencias se notificará por correo institucional al supervisor del contrato, mediante el formato con código A-CO-FO-10 único de devolución de cuentas para subsanar el hallazgo.	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.
Costos	Posibilidad de afectación económica por el incremento en los precios de las ofertas económicas (cotizaciones) presentados por los oferentes para la adquisición de bienes y servicios de la entidad.	El profesional del proceso de costos identifica los sobrecostos cada vez que se requiere la necesidad; de acuerdo al histórico y cotizaciones presentadas por los oferentes, las cuales son enviadas mediante correo institucional al área que solicitó el análisis de la estimación económica, con el fin de realizar ajustes o justificar estos valores en las cotizaciones del bien o servicio a contratar o suministrar.	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.
Facturación	Posibilidad de apropiación de recursos, como copagos y cuotas moderadoras y/o no causación de la prestación de servicios, lo cual afecta el flujo de recursos de la entidad, ya sea por apropiación u omisión del	El coordinador del proceso de facturación realiza seguimiento y verifica, la facturación del periodo vs recaudo de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con las bases de datos disponibles, con el fin de identificar aquellas transacciones susceptibles de riesgo que se	Ejecutado.	100%	El control se ejecutó de manera consistente por el responsable.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	registro por parte del facturador.	presenten en el servicio de consulta externa, hospitalización y procedimientos quirúrgicos			
Gestión Administrativa y Financiera	Posibilidad de afectación económica por uso indebido de la caja menor asignada a la Subgerencia Administrativa y Financiera, debido a la omisión de cualquiera de los requisitos o directrices establecidas dentro del manejo de la misma	El Subgerente administrativo verifica y aprueba que las necesidades de cada una de las áreas cumplan con las especificaciones establecidas en el manejo de legalización de caja, a través del formato de solicitud de pedido A-SA-FO-01 DE 2019, una vez aprobado se efectúa el gasto, el cual debe ser soportado mediante factura legal y/o cuenta de cobro, posterior a ello se diligencia el recibo de caja menor, donde se registra en el libro de Excel para la legalización del recurso.	Ejecutado.	100%	El control se ejecutó de manera consistente por el responsable.
Mantenimiento	Posibilidad de uso indebido de elementos de ferretería y equipos industriales, por actuaciones irregulares del personal de mantenimiento, lo cual puede ocasionar pérdida de equipos y elementos, con el fin de favorecer intereses personales.	El líder del proceso de mantenimiento realiza la verificación del registro y control de salidas de equipos industriales y elementos de ferretería, mediante formato de reporte de mantenimiento de infraestructura y dotación, con código No: A-MN-FO-0, el cual debe ser diligenciado por el personal de mantenimiento, así como el jefe del servicio que solicita los equipos; así mismo, hará seguimiento y verificación de los elementos utilizados en las actividades realizadas por el personal de mantenimiento en las instalaciones de la entidad.	Ejecutado.	100%	El control se ejecutó de manera consistente por el responsable.
Presupuesto	Posibilidad de no publicar o rendir cuentas sobre la ejecución presupuestal, por deficiencias en los procesos de gestión administrativa y financiera, desconocimiento o incumplimiento de la normativa vigente.	El técnico de la gestión de presupuestal deberá elaborar un informe trimestral detallado sobre los avances en la ejecución presupuestal. Dicho informe deberá ser remitido oportunamente a la Subgerencia administrativa mediante el correo institucional para su publicación en página web.	Ejecutado.	100%	El control se ejecutó de manera consistente por el responsable.
Tesorería	Posibilidad de apropiación temporal de recursos (efectivo) de la entidad por parte del personal del área para usarlos en beneficio propio a modo de préstamo temporal.	El profesional de tesorería deberá verificar diariamente los valores recaudados (día hábil) desde el software frente a los valores consignados en la entidad bancaria, para comprobar que lo recaudado sea lo efectivamente consignado.	Ejecutado.	100%	El control se ejecutó de manera consistente por el responsable. Se recomienda, ampliar un poco mas la información del informe, en tanto que el informe presenta diferencias entre lo recaudado y lo consignado.
Auditoría Concurrente	Posibilidad de subfacturación por parte del personal asistencial y administrativo al omitir los	El líder del proceso de Auditoría Concurrente verifica que lo que se encuentre en prefectura corresponda con los servicios descritos durante la	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	hallazgos identificados durante la revisión diaria a las historias clínicas, debido al registro inadecuado de las actividades que se realizan durante la atención del paciente.	atención, a través de una lista de chequeo donde están los requisitos de información, seguidamente, compara con los datos suministrados en la historia clínica; se adjunta lista de chequeo al módulo de admisiones para consulta de las observaciones pendientes.			
Control Interno de Gestión	Posibilidad de sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de Auditorías Internas de Control Interno, por manipulación en la gestión de las auditorías y sesgos en los informes finales, con el fin de beneficiar o desfavorecer a un Proceso y/o Subproceso de la Entidad.	La jefe de la oficina de Control Interno de Gestión según Plan Anual de auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, verifica el cumplimiento de ejecución de auditorías, de conformidad con el procedimiento para la Realización de Auditorías Internas Integrales - Código E-CG-PR- 02 V.1; la verificación se debe realizar mediante la aplicación de la lista de chequeo Código C-CG-LCH-01 V1y el formato de declaración de compromiso ético del auditor interno código C-CG-FO-01 V1; la ejecución del control tendrá una periodicidad de conformidad al cronograma de auditorías.	Ejecutado.	100%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.

De acuerdo a la tabla No.5, 12 controles que fueron ejecutados de manera consistente por los responsables, es decir, una ejecución del 100%, este número equivale al 71% de total de los controles diseñados y registrados en el mapa de Riesgos SICOE, este % corresponde al acumulado ejecutado en la vigencia 2025. Se resalta que estos procesos están activos para mitigar la materialización de los riesgos y cumplimiento de sus objetivos; Sin embargo, es importante atender las recomendaciones dadas por la Oficina de C.I.G en el presente informe.

Tabla No 6. Ejecución de Controles con cumplimiento Parcial >=" 50%

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Gestión Documental	Posibilidad de utilización indebida, y/o apropiación de documentación de la entidad a beneficio propio o a favor de terceros.	El líder del proceso de Gestión y el equipo de trabajo de la Gestión Documental debe diligenciar el formato de consulta o préstamo de documentos identificado con el código No: A-AC-FO-02, cada vez que se requiera o se presenta la solicitud, con el fin de evitar el uso y manejo indebido o actuación irregular por parte del servidor público de la Entidad.	Ejecutado	95%	El control se ejecuta por el responsable. Se anota que el periodo a cubrir era el III trimestre, sin embargo, el mes de diciembre no tuvo alcance en el informe presentado.
Cartera	Posibilidad de generación de detrimento al patrimonio por la prescripción de títulos valores (factura de venta, pagares y	El Líder del proceso de facturación, Cartera y Auditoría de cuentas médicas, debe radicar la facturación generada con un plazo máximo de 90 días, a través del seguimiento de la facturación radicada mensual, se analizan las causas de no radicación y	Ejecución parcial	75%	De acuerdo a las evidencias cargadas, se evidencia gestión realizada que contribuye a la ejecución del control, sin embargo, no da alcance a la evidencia propuesta en



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	anticipos), a causa de la indebida gestión administrativa.	su afectación mensual, con el propósito de generar acciones de mejora.			el diseño del control.
Jurídica y Contratación	Posibilidad de afectación económica por recibir demandas encontrar de la entidad debido a fallas en la atención, u omisión en los procedimientos de los servicios del hospital.	La Jefe de la Oficina Jurídica realiza, de manera trimestral, la verificación de los eventos adversos asociados a posibles fallas en la atención médica, con el propósito de identificar desviaciones recurrentes en la prestación de los servicios de salud. Una vez identificadas dichas desviaciones, el Comité de Conciliación y Defensa Judicial formula las recomendaciones pertinentes, con el fin de definir e implementar acciones de mejora que mitiguen el riesgo jurídico y fortalezcan la calidad del servicio.	Ejecución parcial	50%	Las evidencias cargadas no dan alcance a la periodicidad propuesta en el diseño del control.
Almacén y Suministros	Posibilidad de afectación económica por pérdida de insumos y elementos del inventario, debido al bajo seguimiento a los inventarios de bienes e insumos.	La profesional de almacén realiza Inventarios periódicos - aleatorios y semestrales, a través del inventario existente en el módulo de inventarios del software de dinámica con el fin de corroborar las cantidades físicas de las bodegas, en caso de que se presente diferencia en las cantidades se debe realizar un segundo conteo para identificar el bien insumo.	Ejecución parcial	95%	El control se ejecuto por el responsable. Se recomienda cargar los anexos, dado que la falta de estos, genera cumplimiento parcial del control.

En la tabla número 6 se observan que 4 controles del mapa de Riesgos SICOF no alcanzaron la ejecución esperada al culminar el III cuatrimestre 2025, en tanto que su % de ejecución oscila entre el % 50% y el 95% de cumplimiento, este grupo representa el 24%. Estos controles no alcanzaron una calificación satisfactoria en la evaluación no solo por la no ejecución total sino también por debilidad en el cargue de evidencias en el software Almera, las cuales son incompletas o difieren de forma parcial, de conformidad a lo propuesto en el diseño del control.

Tabla No 7. Controles sin ejecución

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Facturación	Posibilidad de sobrefacturación y cobros indebidos por servicios prestados, debido a la facturación de procedimientos no realizados o duplicidad en la facturación.	El líder del proceso de facturación deberá realizar retroalimentación al personal de facturación sobre los hallazgos reportados por el área de auditoría de cuentas medicas; a través del grupo del área de auditoria concurrente y cuentas médicas se llevara a cabo la retroalimentación, con el propósito de mitigar los hallazgos que se presentan por sobrefacturación.	Sin ejecución.	0%	Las evidencias cargadas no dan alcance a la ejecución del control. Por su parte, el responsable manifiesta que ese riesgo ya fue superado, dado a que el proceso de facturación cambio desde el II trimestre de 2025.

En la tabla número 7 se observa un (1) control sin ejecución, de acuerdo a lo verificado con el responsable, la no ejecución obedece al cambio del proceso de facturación



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

generado por medio de la Resolución 2275 de 2023, el cual integra los (RIPS) como soporte obligatorio de la factura electrónica de Venta en salud, su implementación tuvo lugar durante el II cuatrimestre; esta actualización normativa cambió radicalmente el proceso de facturación; en consecuencia, el riesgo identificado prácticamente desapareció, de acuerdo a lo manifestado por el responsable del proceso. Dicho lo anterior, es importante que esta novedad hubiese sido gestionada con la oficina de Planeación, evidentemente para eliminar/ inactivar el riesgo del mapa de Riesgos e identificar el nuevo riesgo que tentativamente pueden generar el nuevo proceso de facturación; fue de conocimiento por la alta dirección y líderes transversales (tecnológicos, Subgerencia Administrativa y Financiera /facturación) que este cambio generó riesgos de impacto financiero en la Entidad en la vigencia evaluada, por lo tanto se recomiendan a los líderes y responsables de primera y segunda línea de defensa en el marco de la gestión del riesgo y del proceso como tal, ser proactivos desde sus roles y responsabilidades sobre lo particular.

De acuerdo a lo reflejado en las tablas 5, 6 y 7 se evidencia un cumplimiento en la ejecución de controles del mapa de Riesgos SICOF para la vigencia 2025 de **89%**.

Finalmente, se advierte que el incumplimiento en la ejecución de controles y en una eficiente gestión del riesgo, representan el aumento de posibilidad de materializar los riesgos y con ello el cumplimiento de los objetivos a los procesos y cumplimiento de objetivos estratégicos del plan de Gestión de la ESE hospital San José del Guaviare.

Recomendaciones

1. Se recomienda atender, armonizar, articular e incorporar los nuevos criterios y lineamientos establecidos en la Versión 7 / 2025 de la *Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas* del Departamento Administrativo de la Función Pública y de la Secretaría de Transparencia frente a la actualización de Política de Gestión del Riesgo, procedimientos, manuales y demás herramientas que operativizan la Gestión del Riesgo en cada uno de los Subsistemas del Sistema Integral del Riesgo adoptados por la ESE HSJG.
2. De acuerdo a los riesgos que ya se han materializado en la ESE Hospital San José del Guaviare, como ocurrió con el área de Contabilidad, donde se materializó el riesgo del reporte a la DIAN de la Información exógena por la calidad del dato, se recomienda la elaboración inmediata de un plan de mejoramiento y/o gestionar en el mapa de riesgos. Vale la pena señalar que esta recomendación, es reiterada de la evaluación anterior.
3. Se recomienda tener muy en cuenta al momento de identificación del riesgo que este tome como primer insumo el objetivo del proceso como también observar cómo desde el proceso se puede llegar a afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos del nuevo Plan de Gestión "*Tu Salud, Nuestro Compromiso*", es decir, que este análisis identifique la alineación con los objetivos institucionales de la entidad y normatividad vigente, de no ser así, se debe considerar la actualización del mismo y en dado caso, la actualización del proceso y procedimiento.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

4. Se recomienda efectuar capacitaciones a los líderes de procesos y primera y segunda línea de defensa de las *guías para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas* del DAFP y forma particular las actualizaciones que surgen con las nuevas versiones de las guías; a fin de propender el conocimiento y aplicabilidad de dicha herramienta, para lograr una eficiente y eficaz gestión del riesgo en la Entidad de manera integral, pues de nada sirve un control bien diseñado si éste no se ejecuta por el responsable; de ser así, la probabilidad de materializar el riesgo, aumenta.
5. Se reitera la recomendación de dar continuidad y celeridad a la implementación del Sistema Integrado de Riesgos con los respectivos subsistemas señalados en las Circulares Externas 009 de 2016, 20211700000004-5 de 2021 y No. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, teniendo en cuenta que los términos establecidos para dicha implementación se han vencido y la Entidad puede ser objeto de sanciones por el Ente de Control. A continuación, se presenta los plazos de implementación de acuerdo a los subsistemas que le aplica a la Entidad y adoptados por la misma en la Política de gestión del Riesgo Código E-PL-OT-01 Versión 2.0.

Política de gestión del Riesgo ESE HSJG	Estado Implementación en la ESE HSJG	Términos de Implementación	Directriz Normativa Ente de Control /Supersalud y DAFP
Riesgos de Salud	Cumple	Septiembre 2022	Circular Externa 20211700000004-5 de la Supersalud.
Riesgo Operacional (SARO)	Cumple	Septiembre 2023	Circular Externa 20211700000004-5 de la Supersalud y DAFP.
Riesgo Actuarial Riesgo de Crédito Riesgo de Liquidez	En proceso de Implementación.	Septiembre 2023	Circular Externa 20211700000004-5 de la Supersalud.
Riesgos SARLAFT,	En proceso de Implementación	Septiembre 2021	Circular Externa 20211700000005-5 y Circular Externa 009 de 2016 de la Supersalud.
Riesgo SICOF	Cumple	Septiembre 2022	Circular Externa 20211700000005-5 de la Supersalud y DAFP.

6. De conformidad a los hallazgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, frente al procedimiento y nombramiento del Oficial de cumplimiento, se recomienda subsanar el hallazgo en cumplimiento al ente de control y al principio de autorregulación que desde el sistema de control interno de la Entidad es menester aplicar.
7. Se recomienda mejorar el cargue y reporte de evidencias de ejecución de los controles, en tanto que las mismas deben guardar cumplimiento a lo propuesto en el diseño de controles en los mapas de Riesgos implementados.
8. Se recomienda desarrollar acciones proactivas a las líneas de defensa primera y segunda de conformidad a los roles y responsabilidades asignadas en el sistema de control interno en la gestión del riesgo.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

9. Actualizar los instrumentos de regulación y adopción de cada uno de los subsistemas que componen el Sistema Integrado de Riesgos, de conformidad a los lineamientos establecidos por las circulares externas 20211700000004-5 de y la 20211700000005-5 de 2021.
10. Una vez implementados los subsistemas de riesgos pendientes de ello; desagregar e incorporar en cada uno según corresponda, los riesgos que hoy se gestionan en los mapas de riesgo SARO y SICOF, pero que, por su naturaleza deben ser gestionados en otro subsistema; por ejemplo, los riesgos de salud, los riesgos informáticos, los riesgos fiscales y así sucesivamente.
11. Se recomienda afianzar el ejercicio de trazabilidad, adopción, evaluación, análisis y demás estrategias y actividades que materializan la gestión integral del sistema Integrado de Riesgos de la ESE HSJG, se desarrollen en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para los casos que correspondan, en el entendido, que, por regulación, existen aspectos que su gestión y aprobación son propios del máximo órgano directivos de la Entidad, para el caso, la junta directiva.
12. Por último, se recomienda a la Oficina de Planeación, a la Línea Estratégica y a la Segunda Línea de Defensa, el seguimiento, evaluación periódica y la implementación en general de la Política de Gestión del Riesgo y sus indicadores; en tanto que, evaluada la implementación de la política de conformidad a los indicadores diseñados, solo alcanzo un 49.16%.

Como parte integral del presente informe se anexa el mapa de Riesgos SARO y SICOF 2025, en el formato Excel exportado del software Almera y que será publicado en la página web de la Entidad.

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)
ELSA DEL CARMEN SALCEDO CASTRO
Jefe Oficina Control Interno de Gestión

Proyecto: Luz A. Parrado V.; Apoyo Prof. C.I.G

