

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

San José del Guaviare, 11 de agosto de 2026

100-102-034-2026

Doctor

GERMAN AMEZQUITA NIÑO

Gerente

E.S.E Hospital San José del Guaviare

San José del Guaviare

Asunto: Evaluación Mapa de Riesgos SARO Primer Semestre Vigencia 2026

Cordial saludo, Doctor German Amézquita,

En cumplimiento y desarrollo al Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo estipulados en el Decreto 648 de 2017, así mismo las responsabilidades determinadas en la Política de Gestión del Riesgo V. 2.0 del 26/02/2024 adoptada por la ESE Hospital San José del Guaviare, la Oficina de Control Interno de Gestión presenta en el siguiente informe el resultado al seguimiento y evaluación independiente realizado al mapa de Riesgos SARO con corte al primer semestre 2026; el cual se actualizó en el transcurso del segundo bimestre de la presente vigencia.

La verificación de diseño y ejecución controles, se verificó mediante el software Almera de la ESE Hospital San José del Guaviare, mediante el cual se gestionan los subsistemas implementados y operativizados por la entidad (SARO, SICOE y SARLAFT); ejercicio liderado por la Oficina de Planeación, identificados y ejecutados por la primera de línea de defensa; Se advierte que, si bien están creados los demás subsistemas adoptados, aún no se están gestionando por la Entidad.

En la tabla No 1. se relacionan de forma cuantitativa la conformación del mapa de Riesgos SARO vigencia 2026.

Tabla No 1.

RIESGOS SARO I SEMESTRE VIG. 2026		
No. AREAS/SERVICIO/PROCESOS	No. RIESGOS IDENTIFICADOS	NO. DE CONTROLES DISEÑADOS
26	29	31

En la tabla No. 1 se observa el resultado del ejercicio de actualización del mapa de Riesgos SARO para la vigencia 2026 liderado por la Oficina de Planeación, con 29 Riesgos identificados y/o actualizados, 31 controles diseñados para la mitigación del riesgo, distribuidos en 26 procesos de los diferentes servicios asistenciales, áreas y oficinas administrativas de la ESE Hospital San José del Guaviare. Se evidencia una



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

gestión del Riesgo de conformidad al marco de la política de riesgos adoptado por la Entidad.

A continuación, se presentan la valoración porcentual de ejecución de los controles diseñados para la mitigación de materialización de los riesgos, además, las recomendaciones respecto al diseño del control y la gestión integral del riesgo observada en la evaluación.

Tabla No 2. Controles con una ejecución.

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
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.	En ejecución	50%	El control se ejecuta por el responsable.
Gestión Documental	Posibilidad de Incumplimiento de realizar transferencias documentales primarias fuera de los términos que establece el cronograma.	El Técnico de Gestión Documental, con periodicidad definida en el cronograma institucional de transferencias documentales, verifica el cumplimiento de las transferencias primarias por parte de las dependencias productoras, conforme a lo establecido en el Procedimiento de Gestión Documental (Código: A-AC-PR-04) y las Tablas de Retención Documental vigentes. La ejecución del control se evidencia mediante la revisión y consolidación de los Formatos Únicos de Inventario Documental (FUID) (Código: A-AC-FO-02), con el fin de garantizar la adecuada organización, conservación, custodia y disposición final de la documentación institucional.	En ejecución	10%	Se evidencia un % de ejecución menor al proporcional del cual a la fecha de verificación debería registrar ejecución. Se recomienda la ejecución del control a fin de mitigar la materialización del riesgo.

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Gestión Documental	Posibilidad de deterioro, contaminación o pérdida de documentos físicos debido a inadecuadas condiciones de limpieza, desinfección y conservación en las instalaciones del archivo institucional.	El Grupo de Gestión Documental realiza la limpieza y desinfección preventiva de las instalaciones del archivo institucional con una periodicidad trimestral durante la vigencia 2026, de acuerdo con los lineamientos del Programa de Gestión Documental. Esta actividad contempla la eliminación de polvo, control de agentes biológicos y verificación de condiciones ambientales, con el fin de garantizar la adecuada conservación de los documentos.	En ejecución	5%	De acuerdo a la evidencia reportada, no se ha ejecutado el control por contingencia operativa del área de archivo y de la Entidad.
Control Interno Disciplinario	Posibilidad de afectación reputacional por vulneración al debido proceso, a causa del vencimiento de términos en las diferentes etapas procesales de los procesos disciplinarios.	El Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realiza seguimiento semestral a las etapas de la instrucción procesal de los procesos disciplinarios, con el propósito de garantizar el control oportuno de cada fase y mitigar posibles riesgos asociados a retrasos, omisiones o incumplimientos normativos. Para ello, una vez identificada la etapa en la que se encuentra cada proceso, se efectúa el registro sistemático de la información, el cual sirve como insumo para la elaboración de informes periódicos. Dicho registro incluye, como mínimo, la vigencia, número de proceso, tipo de incumplimiento y estado actual, permitiendo evidenciar el avance y situación de cada caso, así como facilitar la toma de decisiones y el seguimiento institucional.	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente. Se recomienda considerar la frecuencia de la ejecución del control, en tanto que semestral podría no ser eficiente. Se indica que la frecuencia del control no precisa exactamente la frecuencia de la evidencia.
Tecnología Informática	Posibilidad de afectación de información institucional por malware o ransomware en equipos y servidores, ocasionando pérdida de datos, interrupción de procesos y sanciones normativas.	El área de tecnología informática implementa y mantiene controles de seguridad orientados a prevenir la infección por malware o ransomware, mediante la actualización periódica de antivirus y parches de seguridad, la realización de copias de seguridad con pruebas de restauración, el control de accesos a sistemas de información, la restricción de dispositivos externos y una estrategia informativa continua a los usuarios en	En ejecución	38%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable. El riesgo se actualizó en mayo por lo tanto el % de ejecución no es el 50%; sino proporcional a la fecha de inicio de gestión y



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

		buenas prácticas de ciberseguridad, con el fin de detectar y mitigar oportunamente posibles incidentes de seguridad de la información.			ejecución.
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 cada funcionario, con el objeto de identificar falencias en la respuesta de las objeciones presentadas y establecer acciones de mejora.	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente.
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.	El 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.	En ejecución	50%	De acuerdo a la información soportada la ejecución del control se proyectó para iniciar en mayo, de otra parte la misma se ejecutó en el sistema software almera y no presencial como se proyectó inicialmente. Sin embargo, lo que se valora es que se ejecute el control, a fin de que se mitigue la materialización del riesgo.
Gestión Ambiental	Posibilidad de Inadecuada segregación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios de la Institución, debido a la baja adherencia del PGIRASA (Plan de Gestión Integral de Residuos Generados	El profesional de la Gestión Ambiental realiza charlas educativas en los servicios asistencial y administrativo cada bimestre sobre la inadecuada segregación de los residuos hospitalarios. A través de un video institucional, se reforzara la información con el fin de dar a conocer la adecuada segregación de los residuos hospitalarios, de acuerdo a los	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente por el responsable.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	en la Atención en Salud y Otras Actividades), lo cual contribuye a generar contaminación al medio ambiente, accidentes laborales y enfermedades.	lineamientos establecidos en el (PGIRASA).			
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.	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente.
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 semestral 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.	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente por el responsable.
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 de la ejecución, realizará seguimiento trimestral a los proyectos de inversión en ejecución, revisando el estado del avance físico y financiero, de acuerdo a lo programado y términos de ejecución. En el caso que se identifiquen desviaciones, se generan alertas tempranas y planes de acción correctivos para fomentar el cumplimiento de las metas establecidas.	En ejecución	25%	Teniendo en cuenta que el control no define una herramienta específica, se precisa que las evidencias cargadas dan cuenta de la ejecución del control, sin embargo, no da alcance al atributo de la frecuencia.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

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	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente. Se recomienda cargar el informe correspondiente al 1er trimestre.
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.	En ejecución	50%	El control se ejecuta por el responsable.
Epidemiología	Posibilidad de generar fallas en la información oportuna y veraz en la notificación de eventos de interés en salud pública debido al incumplimiento de la realización de las fichas epidemiológicas y la adherencia en los lineamientos nacionales por parte de los médicos y especialistas.	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, para dar a conocer los diferentes eventos en salud pública que deben ser notificados al Sivigila, mediante el diligenciamiento de fichas epidemiológicas. Se realizará inducción al personal nuevo en temas relacionados con la vigilancia de eventos en salud pública.	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente.
Epidemiología	Posibilidad de generar fallas en la información oportuna y veraz en la notificación de eventos de interés en salud pública debido al incumplimiento de la realización de las fichas epidemiológicas y la	Generar alerta de notificación a Sivigila al personal médico para diligenciar ficha epidemiológica a través de la historia clínica en Dinamica cuando se use diagnósticos CIE-10, relacionados con enfermedades de eventos de interés en salud pública	Ejecutado	100 %	Dado que el control se fundamentó en generar parametrizar un control en el sistema, ya se efectuó al 100%.



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	adherencia en los lineamientos nacionales por parte de los médicos y especialistas.				
Esterilización	Posibilidad de ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud o eventos adversos en los pacientes debido a fallas en el proceso de esterilización, dispositivos médicos y material quirúrgico etc.	El coordinador del proceso realiza el seguimiento del cronograma de desinfección. a través de los formatos de limpieza y desinfección por el personal de enfermería, identificado con código M-CI-FO20 y M-ES-FO-01, con el propósito de garantizar una desinfección adecuada a los dispositivos médicos, equipos y material quirúrgico.	En ejecución	50%	El control se ejecuta por el responsable de manera consistente.
Hospitalización	Posibilidad de caídas de pacientes hospitalizados, debido a la inadecuada valoración del riesgo y a la falta de implementación de medidas preventivas, generando eventos adversos y afectación de la seguridad del paciente.	El Coordinador del Servicio realiza de manera trimestral rondas de seguridad, a través de la aplicación de una lista de chequeo estandarizada, verifica la adherencia del personal asistencial a las medidas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados (valoración del riesgo, señalización, implementación de medidas preventivas y registros en la historia clínica). Los hallazgos identificados son documentados, analizados y, en caso de evidenciar incumplimientos, se formulan e implementan acciones de mejora y seguimiento para reducir la ocurrencia de eventos adversos asociados a caídas.	En ejecución	40%	de acuerdo a la evidencia reportada, se valora la ejecución del control; sin embargo, no se observan el reporte de evidencias propuestas en las evidencias de ejecución del control (Listas de chequeo).
Hospitalización	Posibilidad de caídas de pacientes hospitalizados, debido a la inadecuada valoración del riesgo y a la falta de implementación de medidas preventivas, generando eventos adversos y afectación de la seguridad del paciente.	Realizar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) semestrales sobre la prevención de caídas, el correcto diligenciamiento de la valoración del riesgo y la educación al paciente y su acompañante sobre las medidas para prevenir caídas.	En ejecución	50%	Al verificar la evidencia reportada, se observa que el control no se ejecutó en el periodo establecido, es decir, en el I semestre. Se recomienda dar cumplimiento a la frecuencia de ejecución del



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

					control previamente establecida.
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, en articulación con el área de gestión biomédica realiza la necesidad para la compra de un nuevo equipo de Rayos X, posteriormente, se presenta el documento a la subgerencia administrativa y financiera, para continuar con el seguimiento al proceso contractual. Una vez realizado la adquisición del equipo, adelantara el proceso de notificación de cambio del dispositivo ante la Secretaria de Salud Departamental, con el fin de garantizar la prestación del servicio de imagenología.	Ejecutado	100 %	Se observa una ejecución total del control, en tanto que las acciones propuestas para mitigar el riesgo tenía un enfoque de gestión, el cual ya se efectuó exitosamente. Se recomienda la revisión del riesgo y aplicar la metodología nuevamente para considerar su eliminación o su nuevo tratamiento.
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.	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente por el responsable.
Referencia y Contra Referencia	Demoras o incumplimientos en los tiempos establecidos para la gestión de solicitudes de referencia ante el ente pagador.	El área de referencia y contrarreferencia gestiona oportunamente las solicitudes de trámite de referencia ante el ente pagador. Se realiza monitoreo trimestral mediante el indicador de gestión de referencia. El líder del proceso analiza las desviaciones encontradas, con el fin de verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos y calcular los tiempos de oportunidad, permitiendo	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente. Se recomienda ajustar la redacción en las evidencias en tanto que, de acuerdo a la información dada por el responsable, corresponde a un informe que contiene todos los



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

		identificar demoras o incumplimientos.			item.
Servicio Transfusional	Posibilidad de afectación económica por entregar Hemocomponente incorrecto, debido a la baja adherencia del protocolo de transfusión sanguínea.	El líder del servicio Transfusional realiza de manera mensual la inspección al servicio de gestión pre transfusional, a través del formato guía de inspección - ejercicio de trazabilidad, con el fin de verificar el correcto procedimiento establecido en el protocolo de transfusión sanguínea y manual de procedimientos.	En ejecución	50%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.
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 implementará y supervisará la sistematización del diligenciamiento de la bitácora de ambulancias en el software Dinámica Web, garantizando el registro oportuno, completo y veraz de la información de cada servicio prestado. Una vez habilitado el módulo en el sistema, el líder del proceso realizará jornadas de socialización y capacitación dirigidas al personal de enfermería de ambulancia sobre el adecuado registro de la información, estableciendo lineamientos claros para su diligenciamiento. Adicionalmente, se efectuará seguimiento mensual al cumplimiento del registro en el sistema, con el fin de identificar inconsistencias o registros incompletos y tomar acciones correctivas oportunas, contribuyendo a la disminución de glosas institucional	En ejecución	100 %	Se observa una ejecución total del control, dado que era una acción no sistemática. Se recomienda la revisión del riesgo, aplicar la metodología nuevamente para considerar su eliminación o su nuevo tratamiento.
Terapia de tratamiento y rehabilitación	Posibilidad de incumplimiento en la oportunidad de asignación de citas del servicio de terapias de tratamiento y rehabilitación.	El líder del servicio de Terapias de Tratamiento y Rehabilitación monitorea mensualmente el indicador de oportunidad en la asignación de citas y la ocupación de agendas, analizando la capacidad instalada frente a la demanda del servicio, con el fin de identificar desviaciones y establecer acciones de mejora para optimizar la programación y	En ejecución	50%	El control se ejecuta consistentemente por el responsable.

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

		disponibilidad de citas. La evidencia se registra en los informes de gestión y los indicadores del servicio.			
Trabajo social	Posibilidad de prolongación de la estancia hospitalaria de pacientes en condición de abandono o vulnerabilidad social, debido a demoras en la gestión de redes de apoyo, remisiones institucionales o ubicación en albergues, generando afectación en la disponibilidad de camas y en la continuidad de la atención.	El profesional de Trabajo Social verifica semanalmente el estado de los pacientes hospitalizados con factores de vulnerabilidad social o sin red de apoyo, realizando seguimiento a las gestiones efectuadas ante familiares, entidades de protección y organizaciones receptoras. En los casos de estancia prolongada, implementa acciones de articulación interinstitucional y reporta el avance de las gestiones a la coordinación correspondiente, con el fin de promover el egreso oportuno y optimizar la disponibilidad de camas hospitalarias.	En ejecución	50%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.
Unidad de Cuidados Intermedios	Posibilidad de afectación económica en la seguridad del paciente por administración incorrecta de medicamentos en la UCIM, debido a errores en la identificación del paciente, confusión de dosis o incumplimiento del protocolo de administración.	El Coordinador de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) realiza de manera bimestral la verificación del cumplimiento de los diez (10) correctos en la administración de medicamentos, mediante la aplicación de una lista de chequeo y la revisión de los registros de enfermería, con el fin de evaluar la adherencia al protocolo institucional de administración segura de medicamentos y prevenir la ocurrencia de errores de medicación. Los resultados obtenidos son analizados y, en caso de identificarse desviaciones o incumplimientos, se establecen e implementan acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de las prácticas seguras.	En ejecución	25%	De acuerdo a las evidencias, se observa ejecución parcial del control. Se advierte que la ejecución aun no llega a un 100% como lo valoro el responsable, en tanto que el control debe ejecutarse de manera periódica/ sistemática de modo que se esté mitigando el riesgo hasta tanto en una nueva valoración se identifique que no existe riesgo en el proceso.
Unidad Materno Infantil	Posibilidad de ocurrencia de complicaciones maternas y perinatales, con impacto en la seguridad del paciente, debido a demoras en la	El coordinador de la UMI, en articulación con el área de sistemas, deberá implementar la unificación del proceso de clasificación de triage obstétrico con el registro de ingreso de las gestantes en el software institucional, con el fin de optimizar la	En ejecución	25%	De acuerdo a las evidencias, se observa ejecución parcial del control. Se advierte que la ejecución aun no



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

	clasificación y valoración oportuna del triage obstétrico, asociadas a fallas en la oportunidad de atención, disponibilidad de personal o debilidades en la priorización de casos.	oportunidad en la valoración inicial. Una vez implementado, se deberá garantizar el registro oportuno y completo de la información en el sistema, así como realizar seguimiento mensual al indicador de oportunidad de triage obstétrico, con el fin de verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos y asegurar una atención oportuna y de calidad.			llega a un 100% como lo valoro el responsable, en tanto que el control debe ejecutarse de manera periódica/ sistemática de modo que se este mitigando el riesgo hasta tanto en una nueva valoración se identifique que no existe riesgo en el proceso.
SIAU	Posibilidad de incumplimiento de los términos establecidos para la atención y respuesta de las PQRS, debido a la falta de oportunidad en la entrega de información y gestión de las áreas responsables, generando afectación en la satisfacción de los usuarios, la calidad del servicio y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables.	El Profesional del Sistema de Atención al Usuario monitorea semanalmente el estado de las PQRS registradas, verificando el cumplimiento de los términos de respuesta por parte de las áreas responsables. Para ello, remite las solicitudes mediante correo institucional, realiza seguimiento a través de alertas y recordatorios de vencimiento, y consolida los resultados en informes de seguimiento. Los casos con incumplimiento son presentados al Comité de PQRS para la definición de acciones correctivas y preventivas; cuando se evidencian incumplimientos reiterados o injustificados, se informa a la Oficina de Control Interno Disciplinario para las actuaciones correspondientes. La evidencia del control corresponde a los correos electrónicos, matrices de seguimiento, informes de cumplimiento y actas de comité.	En ejecución	50%	El control se ejecuta de manera consistente por el responsable.

Se observa en la tabla No.2 que 28 controles fueron ejecutados en su mayoría de manera parcial y consistente por los responsables, se observa que, algunos de los controles no alcanzaron el % de ejecución proporcional satisfactoria para el semestre, esto obedece a que en algunos de ellos la ejecución del control inicio hasta el segundo trimestre incluso a finales del trimestre; para otros controles, la evidencia cargada no dio alcance de ejecución eficiente durante el semestre. Estos controles con ejecución representan un

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

90% de los controles diseñados a los riesgos identificados y registrados en el mapa de Riesgos SARO.

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 sugeridas por la Oficina de O.C.I.G en el presente informe.

Tabla No 3. Controles sin ejecución

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Mercadeo	Posibilidad de afectación reputacional por la difusión o tergiversación de información sobre los servicios de salud de la entidad, debido a deficiencias en la comunicación institucional y al desconocimiento de los procesos y procedimientos por parte de los usuarios y los medios de comunicación.	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.	Sin ejecución	0%	la evidencia cargada señala información de difusión de noticias de la institución, en todo caso no da alcance a la mitigación del riesgo ni al control y evidencias propuestas en el tratamiento y gestión del riesgo.
Gestión Documental	Posibilidad de incumplimiento en la gestión del ciclo vital de los documentos debido a la falta de actualización de los instrumentos archivísticos, especialmente las Tablas de Retención Documental (TRD).	La técnica de gestión documental realizará la conformación de un equipo interdisciplinario para la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), el cual será formalizado mediante resolución institucional. Una vez expedido el acto administrativo, se iniciará el proceso de contratación de un profesional especializado en gestión documental, con el fin de brindar acompañamiento técnico en la actualización de las TRD. Posteriormente, se	Sin ejecución	0%	No se evidencia ejecución del control. Se recomienda: Teniendo en cuenta que este riesgo se asocia a la materialización del riesgo de incumplimiento normativo de los instrumentos archivísticos del Decreto 1080 de 2015 y configurado como un hallazgo por la Revisoría Fiscal; se recomienda

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

		desarrollarán mesas de trabajo con las diferentes dependencias, con el propósito de identificar, analizar y definir las series y subseries documentales, así como las estrategias para la actualización de las TRD. Una vez elaboradas las TRD, estas serán presentadas ante el Consejo Departamental de Archivos para su proceso de evaluación, convalidación y aprobación. Finalmente, después de su aprobación, se realizará la socialización de las TRD con los líderes de las dependencias, con el fin de garantizar su implementación y correcta aplicación en la gestión documental institucional.			considerar la actualización del riesgo y su o sus respectivos controles, a fin de gestionar de manera prioritaria y efectiva este riesgo ya materializado y del cual no se evidencia avances que den alcance a subsanar. lo que podría generar materialización de riesgos con mayor alcance negativo para la Entidad.
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..	Sin ejecución	0%	No se evidencia ejecución del control.

En la tabla número 3, se observa 3 controles sin ejecución, este grupo represente el 10% del de los controles. En la verificación de los controles de los riesgos de los procesos de mercadeo y gestión documental, aunque cargaron evidencias, estas no corresponden ni dan alcance a la ejecución de controles, en todo caso, se recomienda tener en cuenta lo

OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

observado en la tabla de manera puntual, para el proceso de mantenimiento se desconoce si esto obedece al incumplimiento de cargar las evidencias o si no hubo ejecución del control durante el primer semestre; en todo caso, estas omisiones representan el aumento de posibilidad de materializar los riesgos y con ello el cumplimiento de los objetivos a los procesos, repercutiendo en el sistema de control interno y cumplimientos de objetivos estratégicos de la ESE hospital San José del Guaviare.

De acuerdo a lo evidenciado en las tablas 2, y 3 se evidencia una ejecución de controles al mapa de riesgos SARO con un porcentaje de 44% con corte al primer semestre 2026.

Recomendaciones

1. Se recomienda realizar los ajustes correspondientes en el software Almera en el módulo del subsistema riesgos SARO, en tanto, que, al descargar la matriz, esta presenta diferencias frente al mapa de riesgo SARO publicado en la página web institucional.
2. Ajustar el riesgo de gestión documental relacionado con las TRD, ya que este se repite /visualiza 3 veces en el módulo del subsistema SARO, lo cual genera confusión y sobre valoración en la cantidad de riesgos gestionados.
3. Se reitera, la recomendación de incorporar 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, esto en la vigencia anterior (2025), y en la presente vigencia (2026) se materializó un nuevo riesgo con la DIAN por “*hallazgo de presuntas inexactitudes en la declaración presentada, situación que configura un riesgo fiscal, financiero y patrimonial alto para la institución si no se aborda con la debida rigurosidad técnica y dentro de los términos perentorios de ley*”. Así mismo fue identificado el riesgo relacionado con la segregación de funciones asignadas a la contadora de la ESE Hospital SJG mediante la Resolución 354 de 2025, dicho lo anterior, se recomienda la elaboración inmediata de un plan de mejoramiento y sean gestionados en el mapa de riesgos.
4. Se recomienda la actualización de la política y su alineación y armonización con la nueva *Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas* del Departamento Administrativo de la Función Pública y de la Secretaría de Transparencia, Versión 7 / 2025.
5. Se recomienda efectuar capacitaciones a los líderes de procesos y primera línea de defensa 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, Versión 7 / 2025.; 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.
6. Se reitera la recomendación de dar continuidad y celeridad a la implementación del Sistema Integrado de Riesgos con los respectivos subsistemas señalados en las



OFICINA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

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,	Implementación parcial, se recomienda continuar con todo el proceso de implementación.	Septiembre 2021	Circular Externa 20211700000005-5 y Circular Externa 009 de 2016 de la Supersalud.
Riesgo SICOF	Cumple. Se recomienda su armonización con el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP	Septiembre 2022 Para la implementación del SIGRIP 15/09/2027	Circular Externa 20211700000005-5 de la Supersalud y guía para la gestión del riesgo del DAFP versión 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 del mapa de Riesgos SARO.
- Se recomienda desarrollar acciones y cumplimiento a los principios de autocontrol, autogestión 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

Como parte integral del presente informe se anexa el mapa de Riesgos SARO 2026, en el formato Excel exportado de 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

.

