


| | | |
|--|---|-----------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 1 de 14 |

INFORME SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DEL RIESGO PRIMER CUATRIMESTRE VIGENCIA 2024

INTRODUCCIÓN

La oficina Asesora de Control Interno del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, desde su rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo y con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, indicando que las oficinas de Control Interno deben revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves, directriz acogida por la Entidad en el procedimiento de seguimiento y evaluación de riesgos (E-ACG-PR-006).

Por lo anterior, La oficina Asesora de Control Interno realizó el seguimiento y evaluación de los riesgos de fraude interno y externo y riesgos de gestión que se encuentran ubicados en la zona de riesgo final alto, identificados en los 26 procesos y presenta el informe del primer cuatrimestre de la vigencia 2024. Este informe se realizó a corte del 30 de abril de 2024 analizando los riesgos, su tipificación y los controles y acciones establecidas que se pretenden ejecutar en la vigencia 2024, a fin de evitar la materialización de estos riesgos.

1. NORMATIVIDAD


Decreto 648 del 19 de abril de 2017, artículo 17 que modifica el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, donde se definen los Roles que deben cumplir las oficinas de Control Interno de Gestión.

Ley 87 del 29 de noviembre de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control interno en la Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000 de 2009 Gestión del Riesgo, Principios y Directrices.

Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas-versión 4 de octubre de 2018 (Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital), del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-versión 4 de marzo de 2021, Dimensión 7 Control Interno.

| | | |
|---|---|-----------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 2 de 14 |

2. OBJETIVO

Evaluar y hacer seguimiento cuatrimestral a los riesgos de fraude interno, externo y riesgos de gestión que se encuentran ubicados en la zona de riesgo final alto, identificados en cada uno de los procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, con la finalidad de verificar si los controles para la mitigación de los riesgos, se están ejecutando con la responsabilidad que le compete a la primera y segunda Línea de Defensa.

3. ALCANCE

El seguimiento y evaluación de gestión del riesgo aplica para todos los procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, teniendo como base los riesgos de fraude interno, externo y riesgos de gestión que se encuentran ubicados en la zona de riesgo final alto, información contenida en el Mapa de Riesgos de la Entidad.


METODOLOGIA

Para la elaboración del informe de seguimiento y evaluación sobre la gestión del riesgo se solicitó la matriz de riesgos de la entidad al proceso de Planeación Institucional. Luego se realizó el cronograma del primer ciclo de seguimiento a riesgos del año 2024 y se dio a conocer a todos los procesos de la entidad.

El seguimiento fue realizado de manera personal con la participación de los líderes de proceso y equipo de trabajo que manejan los controles existentes, así también se evaluó y verificó la eficacia de los controles que se están aplicando en los riesgos identificados por proceso a través de los formatos seguimiento y evaluación de riesgos (E-ACG-FT-008) y Eficacia en la administración de riesgos (E-ACG-FT-009).

4. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN

El mapa de procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. esta distribuido en macroprocesos de dirección, macroprocesos misionales, macroprocesos de apoyo y macroproceso de evaluación. Revisando la matriz de riesgos el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. tiene identificado 378 riesgos para los 26 procesos de la entidad, con 507 controles para mitigar los riesgos.

| | | |
|--|---|-----------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | VERSIÓN: 02 |
| | FORMATO | FECHA: 16/11/2022 |
| | | PÁGINA 3 de 14 |

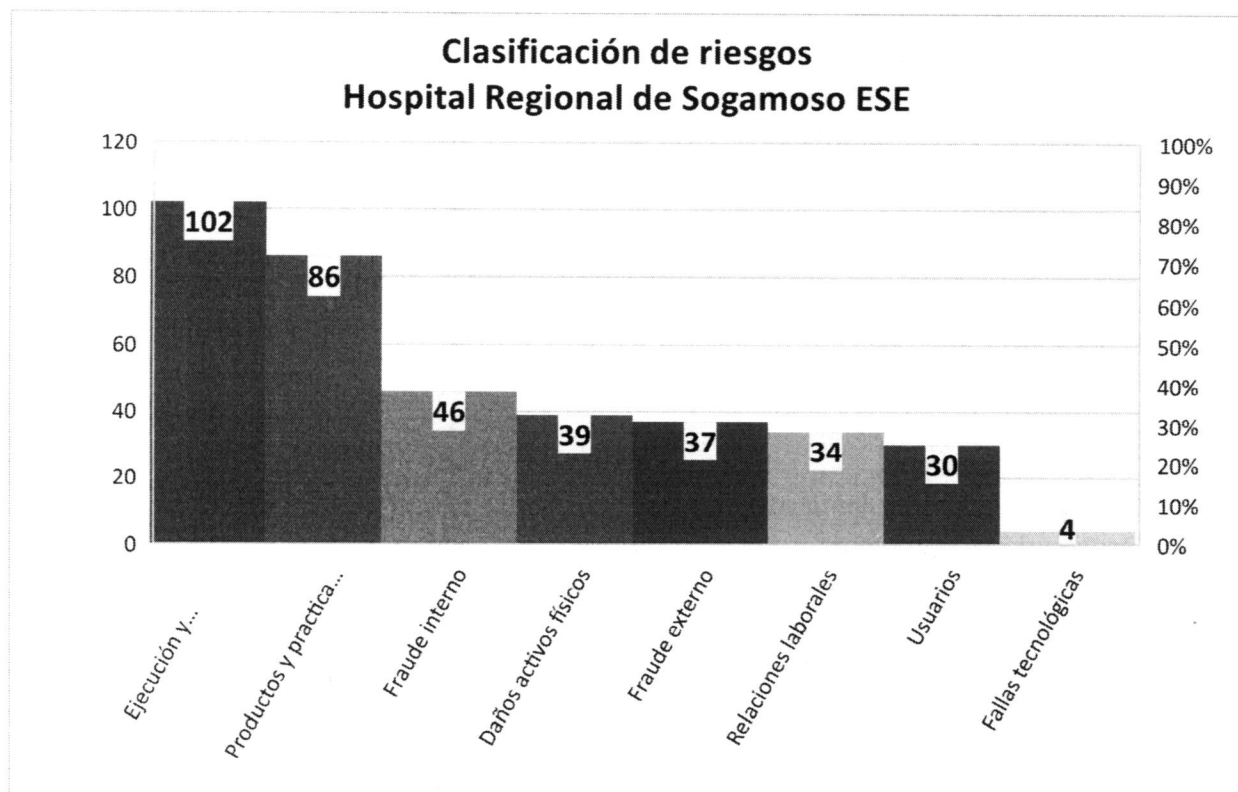
A continuación, se presenta la clasificación de riesgos y el inventario de riesgos y controles por proceso del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Tabla 1. Clasificación de riesgos


| Clasificación del Riesgo | Cantidad | Porcentaje (%) |
|--|-----------------|-----------------------|
| Daños activos físicos | 39 | 10,3 |
| Ejecución y administración de procesos | 102 | 26,9 |
| Fallas tecnológicas | 4 | 1,1 |
| Fraude externo | 37 | 9,8 |
| Fraude interno | 46 | 12,1 |
| Productos y practicas organizacionales | 86 | 22,7 |
| Relaciones laborales | 34 | 9,0 |
| Usuarios | 30 | 7,9 |
| Total | 378 | 100 |

Fuente. Planeación Institucional - Mapa de Riesgos. Elaboración Propia.

Gráfica 1. Clases de Riesgos



Fuente: Planeación Institucional - Mapa de Riesgos. Elaboración Propia.

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 4 de 14 |

En la anterior gráfica se observa que dentro de la clasificación de riesgos identificados en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. el riesgo ejecución y administración de procesos tiene un peso en términos porcentuales del 26,9%, los riesgos productos y practicas organizacionales están en segundo lugar con una participación de 22,7% y en tercer lugar están los riesgos de fraude interno con 12,1%.

Tabla 2. Clasificación Zona de Riesgo Final

| N° | Proceso | Zona de riesgo final | | | |
|--------------|----------------------------------|----------------------|------------|------------|-----------|
| | | Alto | Moderado | Bajo | Vacías |
| 1 | Planeación Institucional | | 4 | 3 | 2 |
| 2 | Gestión Comercial | 5 | 2 | 6 | 1 |
| 3 | Gestión Jurídica | 4 | 3 | 3 | |
| 4 | Gestión de Calidad | | 3 | 9 | 1 |
| 5 | Atención al Usuario | 1 | 8 | 5 | |
| 6 | Gestión de la Información | 4 | 6 | 5 | |
| 7 | Atención de Urgencias | 2 | 13 | 3 | |
| 8 | Referencia y Contrareferencia | | 7 | 1 | 1 |
| 9 | Traslado de Pacientes | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 10 | Salud Pública, Epidemiología | | 1 | 13 | |
| 11 | Atención en Consulta Externa | 1 | 14 | 1 | |
| 12 | Atención de Hospitalización | 3 | 10 | 4 | |
| 13 | IPS en Red | 2 | 19 | 4 | |
| 14 | Apoyo Terapéutico | | 9 | 1 | |
| 15 | Apoyo Diagnóstico | 5 | 10 | 10 | |
| 16 | Laboratorio Clínico | | 6 | 4 | |
| 17 | Programas Especiales | 1 | 4 | 5 | |
| 18 | Atención Quirúrgica | 10 | 6 | 5 | 1 |
| 19 | Gestión Talento Humano | 1 | 5 | 4 | |
| 20 | Gestión Financiera | 9 | 14 | 9 | 6 |
| 21 | Gestión de Bienes y Servicios | 4 | 8 | 3 | |
| 22 | Gestión de la Tecnología | 2 | 5 | 1 | |
| 23 | Gestión Documental | 2 | 2 | 5 | |
| 24 | Gestión de Ambiente físico | 2 | 8 | 12 | |
| 25 | Gestión de Recursos Informáticos | 1 | 4 | 2 | |
| 26 | Auditoría de Control y Gestión | 2 | 3 | 4 | |
| TOTAL | | 63 | 178 | 124 | 13 |

Fuente: Planeación Institucional - Mapa de Riesgos. Elaboración Propia.


| | | |
|--|---|-----------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 5 de 14 |


Tabla 3. Inventario de Riesgos y Controles por Proceso.

| Inventario de riesgos y controles por Proceso Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. | | | |
|---|----------------------------------|----------------------|------------------------|
| N° | Proceso | N° de Riesgos | N° de controles |
| 1 | Planeación Institucional | 9 | 11 |
| 2 | Gestión Comercial | 14 | 18 |
| 3 | Gestión Jurídica | 10 | 18 |
| 4 | Gestión de Calidad | 13 | 19 |
| 5 | Atención al Usuario | 14 | 19 |
| 6 | Gestión de la Información | 15 | 17 |
| 7 | Atención de Urgencias | 18 | 18 |
| 8 | Referencia y Contrareferencia | 9 | 15 |
| 9 | Traslado de Pacientes | 9 | 6 |
| 10 | Salud Pública, Epidemiología | 14 | 22 |
| 11 | Atención en Consulta Externa | 16 | 19 |
| 12 | Atención de Hospitalización | 17 | 29 |
| 13 | IPS en Red | 25 | 39 |
| 14 | Apoyo Terapéutico | 10 | 12 |
| 15 | Apoyo Diagnóstico | 25 | 43 |
| 16 | Laboratorio Clínico | 10 | 17 |
| 17 | Programas Especiales | 10 | 16 |
| 18 | Atención Quirúrgica | 22 | 30 |
| 19 | Gestión Talento Humano | 10 | 10 |
| 20 | Gestión Financiera | 38 | 36 |
| 21 | Gestión de Bienes y Servicios | 15 | 21 |
| 22 | Gestión de la Tecnología | 8 | 9 |
| 23 | Gestión Documental | 9 | 8 |
| 24 | Gestión de Ambiente físico | 22 | 31 |
| 25 | Gestión de Recursos Informáticos | 7 | 14 |
| 26 | Auditoría de Control y Gestión | 9 | 10 |
| Total | | 378 | 507 |

Fuente: Planeación Institucional - Mapa de Riesgos. Elaboración Propia.

Con el propósito de medir la eficacia en la Administración de Riesgos en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. se tuvieron en cuenta los siguientes ítems de verificación:

- Aplicación de la política de administración de riesgos de la entidad en cada uno de los procesos.

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | | VERSIÓN: 02 |
| | FORMATO | | FECHA: 16/11/2022 |
| | | | PÁGINA 6 de 14 |

- Efectividad de controles y acciones de control por cada medición, identificados en cada uno de los procesos de la entidad.
- Implementación de las acciones preventivas y correctivas identificados en los mapas de riesgos de los procesos de la entidad.
- Cumplimiento de compromisos anteriores, de acuerdo a los seguimientos realizados por el proceso de auditoría de control y gestión.

Cada uno de los ítems tuvieron en cuenta la siguiente calificación:

Tabla 4. Rango de Calificación criterios administración de riesgos

| Rango de Calificación | | Resultado |
|-----------------------|-------|--|
| Fuerte | 16-25 | Se presta una atención significativa a la administración de riesgos. Se han adoptado la mayoría de los controles. Se mantiene un sistema de monitoreo constante, control documentado, actualizado, estandarizado e implementado. |
| Moderado | 6-15 | La administración de riesgos se aplica de manera razonable, aunque no permite la gestión de todos los eventos de riesgo potenciales. |
| Débil | 0-5 | La administración de riesgos es insuficiente para prevenir o mitigar los riesgos |

Fuente: Procedimiento Seguimiento y Evaluación de Riesgos (E-ACG-PR-006)

Luego se realizó la sumatoria de los ítems evaluables y dependiendo el resultado de la calificación, se entenderá que la eficacia en la administración de riesgos de los procesos es de la siguiente forma:

Tabla 5. Rango de Calificación Administración de riesgos

| Rango de Calificación | | Resultado |
|-----------------------|--------|---|
| Fuerte | 96-100 | Eficaz |
| Moderado | 86-95 | Se tiene una gestión de riesgos por mejorar |
| Débil | 0-85 | Se considera que no hay una gestión de riesgos eficaz y de forma inmediata se debe implementar las acciones correctivas a que haya lugar. |

Fuente: Procedimiento Seguimiento y Evaluación de Riesgos (E-ACG-PR-006)

A continuación, se relaciona la eficacia en la administración de riesgos por proceso del primer cuatrimestre de la vigencia 2024 del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E:



| | | |
|--|---|-----------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 7 de 14 |

Tabla 6. Eficacia en la Administración del Riesgo por proceso Hospital Regional de Sogamoso E. S. E.

| Eficacia Administración del Riesgo _ Primer Cuatrimestre 2024 Hospital Regional de Sogamoso ESE | | |
|--|----------------------------------|-------------|
| N° | Proceso | % |
| 1 | Planeación Institucional | 80 |
| 2 | Gestión Comercial | 80 |
| 3 | Gestión Jurídica | 77 |
| 4 | Gestión de Calidad | 80 |
| 5 | Atención al Usuario | 80 |
| 6 | Gestión de la Información | 80 |
| 7 | Atención de Urgencias | 80 |
| 8 | Referencia y Contrareferencia | 78 |
| 9 | Traslado de Pacientes | 80 |
| 10 | Salud Pública, Epidemiología | 80 |
| 11 | Atención en Consulta Externa | 80 |
| 12 | Atención de Hospitalización | 78 |
| 13 | IPS en Red | 80 |
| 14 | Apoyo Terapéutico | 80 |
| 15 | Apoyo Diagnóstico | 79 |
| 16 | Laboratorio Clínico | 80 |
| 17 | Programas Especiales | 77 |
| 18 | Atención Quirúrgica | 79 |
| 19 | Gestión Talento Humano | 80 |
| 20 | Gestión Financiera | 80 |
| 21 | Gestión de Bienes y Servicios | 78 |
| 22 | Gestión de la Tecnología | 80 |
| 23 | Gestión Documental | 77 |
| 24 | Gestión de Ambiente físico | 79 |
| 25 | Gestión de Recursos Informáticos | 80 |
| 26 | Auditoría de Control y Gestión | 80 |
| Promedio | | 79.3 |

Fuente: Elaboración Propia

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 8 de 14 |

RIESGOS MATERIALIZADOS

De acuerdo al seguimiento realizado por la oficina asesora de control interno en el primer cuatrimestre de la vigencia 2024, no se evidencia materialización de riesgos de fraude interno y externo y riesgos de gestión que se encuentran ubicados en la zona de riesgo final alto.

Monitoreo Segunda Línea de Defensa

Teniendo en cuenta la Política de Administración del Riesgo, aprobada mediante la Resolución 088 del 13 de marzo de 2024, la Oficina Asesora de Planeación Institucional es la encargada de revisar el adecuado diseño de los controles a través de la metodología para la administración del riesgo, aplicada en el sistema de gestión institucional para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de estos. Adicionalmente verifica que las acciones de control se diseñen conforme a los requerimientos de la metodología para la administración del riesgo.

Se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación Institucional realizó monitoreo a la matriz de riesgos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. a través del diligenciamiento del formato de monitoreo de riesgos con corte a 30 de abril de 2024.

Seguimiento Tercera Línea de Defensa – Oficina Asesora Control Interno


La oficina asesora de control interno en cumplimiento del rol de evaluación a la gestión del riesgo y sus responsabilidades como tercera línea de defensa, evaluó la matriz de riesgos suministrada por el proceso Planeación Institucional con corte a 30 de abril de 2024, cumpliendo con la responsabilidad establecida en la política de administración de riesgos, evaluando para estos riesgos su identificación, el diseño y efectividad de los controles.

Adicionalmente, se verificó que la matriz de riesgos de la vigencia 2024 este publicada en la página web de la entidad, observándose que:

- Se encuentra el mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2024 publicado en el siguiente [link](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.hospitalsogamoso.gov.co/attachments/category/172/MATRIZ%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCI%C3%93N.pdf) <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.hospitalsogamoso.gov.co/attachments/category/172/MATRIZ%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCI%C3%93N.pdf>, evidenciándose que se encuentra desactualizado debido a que en el mes de abril de 2024 se socializó la nueva matriz de riesgos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Diseño de los controles

Del seguimiento realizado por la oficina asesora de control interno se observa que la Entidad ha venido presentando avances y cumplimiento en el diseño de los controles y en las actividades destinadas a su prevención. Sin embargo, se evidencia que en algunos procesos el diseño de

| | | |
|--|--------------------------------------|----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 9 de 14 |

controles no es el adecuado, debido a que no cumplen con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. Como se observa a continuación:

| Nombre del proceso: Apoyo Terapéutico | | Fecha de diligenciamiento: | | |
|---------------------------------------|--------------|---|--------------------------|--|
| Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
| Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Descripción del control |
| 7 | Reputacional | Posibilidad de Solicitud y/o recibimiento de dádivas o recompensas para obtener un mejor servicio propio y/o de terceros. | Fraude interno | <ul style="list-style-type: none"> Las diferentes empresas temporales de la entidad socializan reglamento interno de trabajo Denuncias por parte de la ciudadanía Capacitaciones realizadas en la entidad |

| Nombre del proceso: Apoyo Terapéutico | | Fecha de diligenciamiento: | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|
| Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
| Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Descripción del control |
| 8 | Económico y Reputacional | Sufrir daños en equipos o inventario del area, debido a a condiciones externas al proceso tales como (suministro de energia, agua o algun tipo de condicion adversa que pueda afectar las instalaciones del proceso) | Daños activos físicos | Reporte oportuno de condiciones físicas del area, al proceso de mantenimiento y al area biomedica |



HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.

CÓDIGO: D-GDC-FT-034

VERSIÓN: 02

INFORME DE GESTIÓN GENERAL

FECHA: 16/11/2022

FORMATO

PÁGINA 10 de 14

| Nombre del proceso: Gestion de la tecnologia | | | Fecha de diligenciamiento: | |
|--|--------------------------|---|----------------------------|---|
| Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
| Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Descripción del control |
| 3 | Económico y Reputacional | Posibilidad de extracción de insumos, o partes de equipos biomédicos, para obtener beneficios propios y/o de terceros, solicitud de repuestos sin que exista la necesidad | Fraude interno | <ul style="list-style-type: none">• Se cuenta con una trazabilidad de los mantenimientos preventivos y/o correctivo de los equipos por medio de la hoja de vida del bien• Se cuenta con una trazabilidad en la compra de los respuestos de los equipos por medio de la hoja de vida del bien |

| Nombre del proceso: Gestion de la tecnologia | | | Fecha de diligenciamiento: | |
|--|--------------------------|--|----------------------------|---|
| Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
| Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Descripción del control |
| 6 | Económico y Reputacional | Recibir equipos biomedicos sin registro sanitario del INVIMA lo que podria comprometer la seguridad del paciente y el desempeño del hospital | Fraude externo | Solicitud de registro INVIMA de cada uno de los equipos a ingresar al hospital esta actividad se realiza cada ves que se requiera |



HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.

CÓDIGO: D-GDC-FT-034

VERSIÓN: 02

INFORME DE GESTIÓN GENERAL


FECHA: 16/11/2022

FORMATO

PÁGINA 11 de 14

| Nombre del proceso: Gestion Juridica | | | Fecha de diligenciamiento: | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|----------------------------|--|
| Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
| Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Descripción del control |
| 8 | | Falta de mecanismos efectivos para recibir y gestionar quejas y reclamaciones de usuarios en relación con el proceso de gestion juridica , lo que puede generar insatisfacción | Usuarios | Gerencia determina la trazabilidad de cada proceso o solicitud |
| 10 | Económico y Reputacional | Posibilidad de pérdida de integridad y disponibilidad de la información del proceso por eventos externos que puedan afectar la información | Daños activos físicos | Realización de backup diario de la información |

| Nombre del proceso: IPS EN RED | | | Fecha de diligenciamiento: | |
|--------------------------------|--------------------------|--|----------------------------|---|
| Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
| Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Descripción del control |
| 8 | Económico y Reputacional | Posibilidad de Uso inapropiado de la investidura para utilizar servicios de salud en beneficio personal o a terceros | Fraude interno | Todos los servicios realizados en la UBAS tienen su debido respaldo documental y de solicitud de autorización |

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | | FECHA: 16/11/2022 |
| | | | FORMATO |

| PROCESO | Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
|-----------------------|---------------------------|---------|---|-------------------------|----------------|
| | Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Descripción del control | |
| Traslado de Pacientes | 5 | | Insatisfacción de los pacientes debido a los retrasos en el proceso de traslado , lo que puede generar inconformidad con la atención resivida | Usuarios | POR ESTABLECER |

| PROCESO | Identificación del riesgo | | | Evaluación del riesgo | |
|-----------|---------------------------|--------------------------|--|--|---|
| | Referencia | Impacto | Descripción del Riesgo | Descripción del control | |
| Urgencias | 16 | Económico y Reputacional | Demora en traslado a hospitalización de los pacientes que requieren este servicio | productos y prácticas organizacionales | Lider de hospitalizacióny lider de urgencias ,establecer control |
| Urgencias | 17 | Reputacional | Demora y/o inoportunidad en interconsulta, valoración por especialista y/o apoyo diagnostico realizados | productos y prácticas organizacionales | Seguimiento total a interconsultas realizadas , se cuenta con indicador para este proceso |
| Urgencias | 18 | Reputacional | Diligenciamiento de la historia clínica de forma tardia o No diligenciamiento de las atenciones realizadas al paciente | productos y prácticas organizacionales | Revisión de historia clínica del paciente proceso Auditoria concurrente |

A continuación, se presenta la estructura para la descripción de controles definida en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 6.


| | | |
|--|--------------------------------------|----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | VERSIÓN: 02 |
| | FORMATO | FECHA: 16/11/2022 |
| | | PÁGINA 13 de 14 |

Imagen 1. Estructura para la descripción del control


| |
|--|
| <p>3.2.2.1 Estructura para la descripción del control: para una adecuada redacción del control se propone una estructura que facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad. ■ Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. ■ Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control. |
|--|

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 6.

5. CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

- La eficacia de la Administración del riesgo en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. se encuentra en 79.3% (Débil), lo cual indica que no hay una gestión de riesgos eficaz y de forma inmediata se debe implementar las acciones correctivas a que haya lugar.
- Para el primer cuatrimestre de la vigencia 2024, no se evidencia materialización de riesgos de fraude interno y externo y riesgos de gestión que se encuentran ubicados en la zona de riesgo final alto.
- No se observa la actualización y publicación de la matriz de riesgos de fraude interno y externo en la página web de la entidad.
- No se evidencia el cumplimiento de los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en la descripción del riesgo y el diseño de controles de la matriz de riesgos del Hospital Regional de Sogamoso ESE.
- Los líderes de proceso contaron con la disponibilidad y el compromiso para cumplir con el objetivo del seguimiento y evaluación.

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. | CÓDIGO: D-GDC-FT-034 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | INFORME DE GESTIÓN GENERAL | FECHA: 16/11/2022 |
| | FORMATO | PÁGINA 14 de 14 |

6. RECOMENDACIONES

- Realizar capacitación continua a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo en el tema de Administración de riesgos y el diseño de controles.
- Se recomienda realizar mesas técnicas de trabajo para priorizar los principales riesgos de cada uno de los procesos de la entidad.
- Se recomienda publicar la matriz de fraude interno y externo en la página web de la entidad.
- Se debe mantener el seguimiento permanente por parte de los líderes de proceso para evitar que se presente la materialización de los riesgos, así como garantizar la mejora continua con la implementación de acciones preventivas y correctivas que aseguren el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Se recomienda al proceso de Planeación Institucional revisar y actualizar la identificación de riesgos y controles ya que se evidenció en el seguimiento que los riesgos y controles no cumplen con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Lina Espinel

Lina María Espinel Aguirre
 Asesora de Control Interno
 Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.