

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

**INFORME DE SEGUIMIENTO  
EVALUACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION SEGUNDO  
CUATRIMESTRE DE 2024**

Del 1 de mayo al 31 de agosto de 2024  
CONTROL INTERNO

Ituango, Antioquia, 10 de septiembre de 2024

**“ATENCION CON CALIDAD Y MAS HUMANA”**  
CARRERA QUINDÍO N.º 25 -54 TEL: 864 31 00 – 864 31 85  
FAX 864 30 50 EXT. 201 EMAIL: [notificacioneshospitalituango@gmail.com](mailto:notificacioneshospitalituango@gmail.com)

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	Código: <b>FO-GC-005</b>
		Versión: <b>001</b>
		Fecha: <b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
2. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO .....	4
3. PROCESOS INVOLUCRADOS EN EL SEGUIMIENTO.....	4
4. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN PERIODO MAYO-AGOSTO DE 2024 .....	4
5. RECOMENDACIONES.....	14

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	Código: <b>FO-GC-005</b>
		Versión: <b>001</b>
		Fecha: <b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

## SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN DEL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 DE MAYO A 31 DE AGOSTO DE 2024

### INTRODUCCIÓN

El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno.

Por tal motivo, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos institucionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

Que de acuerdo a los cambios incorporados con la Circular externa 20211700000005-5 de 17 de septiembre de 2021 y 20211700000004-5 de 15 de septiembre de 2021, expuestas por el marco normativo de la Superintendencia de Salud, se hace necesario actualizar el tratamiento de la política de riesgos institucionales, en obediencia de los lineamientos impartidos, generando entre otros modificaciones en el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF), código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

La implementación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, con los seguimientos por parte de los procesos una seguridad razonable sobre el diseño y efectividad de los controles.

La Primera línea de defensa, está bajo la responsabilidad, principalmente, de los líderes de programas, procesos y proyectos y de sus equipos de trabajo el mantenimiento efectivo de controles internos, la ejecución de gestión de riesgos y controles en el día a día a través del “autocontrol” Segunda línea de defensa, esta línea está bajo la responsabilidad, principalmente, de los Jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, áreas financieras, de TIC, entre otros que respondan de manera directa por el aseguramiento de la operación; su rol principal es asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces; así mismo, consolidar y analizar información sobre temas clave para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos, todo lo anterior enmarcado en la “autogestión” y la evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, A través de su rol de asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces.

3

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	Código: <b>FO-GC-005</b>
		Versión: <b>001</b>
		Fecha: <b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

## 1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el seguimiento a las acciones establecidas en el “Mapa de Riesgos de Corrupción” de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Ituango, con el fin de comprobar la efectividad de los controles por medio de las acciones implementadas en la matriz de riesgos, durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 31 de agosto de 2024.

### 1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar el seguimiento al avance de las acciones y las actividades asociadas al control para la mitigación de los riesgos, en los procesos establecidos en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Ituango.
- Realizar las recomendaciones u oportunidades de mejoramiento que le permitan a los procesos de la institución una adecuada administración del riesgo.

## 2. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

El seguimiento al mapa de riesgos de corrupción corresponde al período comprendido entre el 1 de mayo al 31 de agosto de 2024 y contiene los resultados de la evaluación efectuada a las acciones de cumplimiento para la reducción y mitigación de los riesgos de corrupción implementadas en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Ituango, obtenida de la valoración de los riesgos en cada uno de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

## 3. PROCESOS INVOLUCRADOS EN EL SEGUIMIENTO

- Gestión del desempeño.
- Administración del talento humano.
- Gestión de la facturación, recaudo y pagos.
- Servicio de atención al usuario.
- Gestión legal.
- Gestión de evaluación.
- Sistemas.

## 4. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN PERIODO MAYO-AGOSTO DE 2024

En cumplimiento de los roles de “Enfoque Hacia la Prevención” y “Evaluación de la Gestión del Riesgo” se realizó el seguimiento a los riesgos de corrupción. En la metodología de administración del riesgo, se contempla el riesgo de corrupción, por lo tanto, el estado del mapa de riesgos de corrupción de la institución presenta el avance que es un componente del “Plan Anticorrupción.” Este

4

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	Código: <b>FO-GC-005</b>
		Versión: <b>001</b>
		Fecha: <b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

Plan tiene el seguimiento de ley que es realizado por la asesora de Control interno y publicado en la página web de la Entidad. Al momento de realizar el seguimiento y auditoría al avance de las actividades formuladas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano entre 01 de mayo y el 31 de agosto del año 2024, se evidencia un avance de cumplimiento de las actividades programadas del 50% en el año.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	Código: FO-GC-005
		Versión: 001
		Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
1	<b>Verificación inadecuada a los contratos, favoreciendo a terceros en la generación de los pagos</b>	1. Realizar la supervisión a los contratos, asignando a los funcionarios que tengan el perfil de acuerdo con el objeto del contrato.	Gerente	Abril 1 de 2024	Diciembre 31 de 2024	Ejecutado	100%	Se observó correo recibido y relación que indica los contratos a los cuales se les realizó la respectiva supervisión y lista de chequeo para su aval para pago.
		2. Realizar capacitación sobre supervisión e interventoría a los funcionarios que participan en el proceso	Asesor jurídico	Abril 1 de 2024	Junio 30 de 2024	Pendiente	0%	A la fecha no se tiene evidencia del cumplimiento de esta acción.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	Código: FO-GC-005
		Versión: 001
		Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
2	<b>Personal contratado y/o vinculación sin cumplimiento de requisitos</b>	3. Elaborar una lista de chequeo de los documentos que deben contener los contratos y verificar con base en ésta los requisitos	Subdirección Administrativa Auxiliar Administrativa asignada al apoyo a contratación	Abril 1 de 2024	Diciembre 31 de 2024	En ejecución	50%	Se observa lista de documentos requeridos para la contratación y se hace verificación al momento de recibir los documentos para la contratación, pero esta se encuentra sin la debida estructuración y codificación como lista de chequeo.
3	<b>Apoderarse de manera indebida de los recursos por parte de funcionarios.</b>	4. Realizar arquezos a la caja de recaudo y caja menor de manera sorpresiva de acuerdo con lo programado en el cronograma	Asesor de Control Interno Técnico Administrativo - Tesorería	Abril 1 de 2024	Diciembre 31 de 2024	Ejecutada	100%	Se observan actas elaboradas por la asesora de control interno que indican la realización de arqueo de caja el día 19 de junio de 2024.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	Código: FO-GC-005
		Versión: 001
		Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
		de auditoría interna						
4	<b>Errar en los dictámenes para favorecer a un tercero</b>	5. Incluir dentro de la inducción del personal médico y de enfermería, la entrega de los protocolos y formatos de medicina legal para la institución	Subdirectora Científica	Abril 1 de 2024	Diciembre 31 de 2024	Ejecutada	100%	Se observa memorandos recibidos de medicina legal entregados a los médicos de cómo se deben hacer los procesos, además del cronograma de capacitación ofrecido por el Instituto de medicina legal y la solicitud de usuarios, contraseñas directamente a medicina legal.



**INFORMES CONTROL INTERNO  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO  
NIT: 890.980.840-3**

**Código: FO-GC-005**

**Versión: 001**

**Fecha: Fecha de  
aprobación: 10 de  
mayo 2024**

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
								<p align="center">             INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES            Dirección Seccional Antioquia         </p> <p align="center"> <b>MEMORANDO</b> <span style="float: right;">Pág. 1 de 1</span> </p> <p>001-DSAN-DRNO-2024</p> <p>Medellín, 24 de enero de 2024.</p> <p><b>PARA:</b> Unidades Básicas Seccional Antioquia</p> <p><b>DE:</b> Dirección Seccional Antioquia</p> <p><b>ASUNTO:</b> Capacitación SICLICO y SIRDEC Hospitalares</p> <p>Cordial Saludo.</p> <p>Considerando que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) es la entidad responsable de la dirección, organización y control del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia; y para dar cumplimiento a las orientaciones contenidas en los Memorandos 001-2015-DRNROCC y 004-2015-DRNROCC y (anexos), se reitera la obligación de registrar la actividad pericial atendida por las Unidades Indirectas (constituida por todos los hospitales de municipios donde no hay presencia directa del INMLCF) en los aplicativos SIRDEC (para las necropsias médico legales) y SICLICO (para los reconocimientos médico legales) y evitar reprocesos que se toman costosos para los hospitales.</p> <p>Es importante resaltar que una vez realizada la necropsia médico legal, el perito debe registrar toda la información pertinente en el SIRDEC, máximo al tercer día. La manera y causa de muerte, deben coincidir con lo registrado en el Certificado de defunción. La remisión de elementos materiales probatorios que requieren de análisis forense por parte de este Instituto, debe hacerse en un tiempo que no supere el mes desde su recolección, y deben venir con los registros de cadena de custodia y solicitud de análisis que generan los aplicativos SIRDEC y SICLICO.</p> <p>En caso de requerirlo el Instituto ha dispuesto del último miércoles de cada mes, de 08:00 am. a 05:00 pm., para entrenar a los médicos de los hospitales del departamento de Antioquia en el proceso del registro de la función pericial en los aplicativos SIRDEC y SICLICO; y en la correcta toma y envío de elementos materiales probatorios que requieren análisis forenses.</p> <p align="right"> <small>           "Ciencia con sentido humanitario, un mejor país"            Carrera 66 No. 80-322            Bogotá D.C. - Colombia            contacto@inmlcf.gov.co            comunicações 0442335 02 2188-2105            www.inmlcf.gov.co         </small> </p>



**INFORMES CONTROL INTERNO  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO  
NIT: 890.980.840-3**

**Código: FO-GC-005**

**Versión: 001**

**Fecha: Fecha de  
aprobación: 10 de  
mayo 2024**

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
		6. Realizar una (1) auditoría de adherencia a uno de los protocolos de medicina legal	Subdirectora Científica	Agosto 1 de 2024	Septiembre 30 de 2024	Pendiente	0%	No se cuenta con formato para dicha auditoria, puesto que quien determina si el protocolo cumple o no con los parámetros es directamente medicina legal.
5	<b>Extralimitación de funciones para beneficio particular o de un tercero.</b>	7. Formular los acuerdos de gestión suscritos entre el Gerente y	Gerente Subdirector Administrativo Subdirectora Científica	Abril 1 de 2024	Junio 30 de 2024	Pendiente	0%	A la fecha no se tiene evidencia del cumplimiento de esta acción.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	Código: FO-GC-005
		Versión: 001
		Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
		los subdirectores de la Institución y evaluarlos al finalizar el año						
		8. Realizar la evaluación de desempeño a los funcionarios en carrera administrativa de acuerdo con lo definido en la normatividad	Comisión evaluadora			Pendiente	0%	A la fecha no se tiene evidencia del cumplimiento de esta acción.
6	<b>Error en la interpretación de las normas vigentes</b>	9. Mantener operativa el área jurídica mediante la contratación	Gerente	Abril 1 de 2024	Diciembre 31 de 2024	Ejecutado	100%	El área jurídica se encuentra operativa con el apoyo de un líder del área y un asesor jurídico vinculados por prestación de servicios mediante los contratos N° CPSP#0052024-ADVA y

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	Código: FO-GC-005
		Versión: 001
		Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
		con el Asesor Jurídico						CPSP#0072024-ADVA respectivamente. Abril 1 de 2024
		10. Realizar consulta permanente por parte de los líderes de proceso que lo requieran al área jurídica sobre temas que requieran respuesta sustentada con conceptos jurídicos a través de diferentes canales (correo electrónico, oficio,	Asesor Jurídico Subdirector Administrativo	Abril 1 de 2024	Diciembre 31 de 2024	Ejecutado	100%	Se observa acta de reunión del Comité de sostenibilidad en la cual participó el asesor jurídico.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	Código: FO-GC-005
		Versión: 001
		Fecha: Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024

N°	Riesgo	Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Estado	Avance	Observaciones
		asesoría presencial).						
7	<b>Incumplimiento en la ejecución del Plan Operativo Anual</b>	11. Realizar seguimiento al Plan Operativo Anual, donde se miden indicadores para las dependencias.	Gerente Subdirección Administrativa	Abril 1 de 2024	Agosto 30 de 2024	Pendiente	0%	A la fecha no se tiene evidencia del cumplimiento de esta acción.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	Código: <b>FO-GC-005</b>
		Versión: <b>001</b>
		Fecha: Fecha de aprobación: <b>10 de mayo 2024</b>

## 5. RECOMENDACIONES

- Dar cumplimiento a las acciones establecidas en el Mapa de Riesgos de Corrupción dentro de los plazos correspondientes.
- Aplicar los controles y/o acciones identificadas para mitigar o reducir los riesgos de corrupción.
- En concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la E.S.E, se recomienda que los líderes de procesos junto con su equipo de trabajo realicen monitoreo y evaluación permanente a la gestión del riesgo.
- Garantizar el almacenamiento, custodia y disposición permanente de las evidencias de la ejecución de los controles establecidos en el mapa de riesgos.

Realizado por,

*Silvia María Sioło*  
SILVIA MARIA SIOLO

Asesora Control Interno  
Hospital San Juan de Dios de Ituango  
Firmado digitalmente