



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

INFORME SEGUNDO SEGUIMIENTO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN LEY 1474 DEL 2011

PRESENTADO A:
LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ
GERENTE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO

JENNY LORENA GAMEZ VALLEJO
Jefe Control Interno

Santiago de Cali, septiembre del 2022



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

INTRODUCCION

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.

Estos instrumentos de planeación permiten la identificación temprana de alertas y el diseño de controles y acciones preventivas para mitigar la materialización del riesgo institucional.

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.

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION II CUATRIMESTRE 2022

En cumplimiento a la Ley 87/1993, Ley1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y principios de planeación de esta oficina; se presenta el informe de Seguimiento de los controles establecidos en el Hospital Mario Correa Rengifo E.S.E. a la Matriz de Riesgo de Corrupción de la entidad. Periodo evaluado II cuatrimestre del 2022

OBJETO

Realizar evaluación y seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2022, corte al 31 de agosto de 2022, con el fin de verificar la solidez de los controles para el tratamiento de los riesgos, a través de la medición del diseño y ejecución de estos, de conformidad con la Política de Administración del Riesgo adoptada en la Entidad, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

ALCANCE

verificar el cumplimiento del cronograma de las acciones previstas en la vigencia y los responsables de ejecutar dichas acciones que permiten la mitigación del riesgo y la prevención de este con el fin de lograr alcanzar los objetivos previstos dentro de la gestión institucional.

DESARROLLO DE LA EVALUACION

El Mapa de Riesgos Institucional vigencia 2022 segundo cuatrimestre está conformado por 6 tipos de riesgos, asociados a 23 procesos de la Entidad, 221 causas y 221 controles, según lo establecido en el Mapa de Procesos adoptado mediante Resolución No 461 (agosto 13 de 2018).

Tabla N° 1

CLASES DE RIESGOS		
TIPÓ DE RIESGO	CANTIDAD	%
ESTRATEGICO	17	25
CUMPLIMIENTO	5	7
OPERATIVO	25	36
IMAGEN	5	7
CORRUPCION	8	12
FINANCIERO	9	13
TOTALES	69	100

Riesgos de Estratégicos:

La institución contempla en el mapa 17 riesgos estratégicos asociado a 12 procesos



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

PROCESOS	RIESGOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Incumplimiento a las metas y/o objetivos del plan de desarrollo Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control
ATENCION AL USUARIOS	Sanciones por parte de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (informes-indicadores...)
GESTION DE SUMINISTROS	Posibilidad de sancion de los diferentes entes de control a causa de la alteración en los estados financieros de la entidad, asociados al proceso de Compras y suministros
GESTION DE TECNOLOGIA Y MANTENIMIENTO	Sanciones de los de los diferentes entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control Posibilidad de afectación de la integridad física y clínica de los pacientes y/o funcionarios, asociada a la oportunidad en el mantenimiento y/o uso de vehículos
GESTION DE CALIDAD	Sanciones o cierre servicios a causa del Incumplimiento de requisitos de habilitación o no registro de novedades Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadres-informes-planes de acción-PAMEC) Incumplimiento a las metas de proceso a causa del movimiento y/o rotación o retiro del talento Humano
G. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadres-informes-planes de acción-PAMEC)
CONTROL INTERNO	Sanciones legales y/o pecuniarias de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadres-informes-planes de acción-PAMEC, Normatividad aplicable) Incumplimiento a las metas y objetivos del proceso causando debilidad a la tercera Línea De Defensa de la dimensión de control interno de MIPG
FARMACIA	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control
COVE	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Posibilidad de afectación en la condición física y clínica del paciente
AUDITORIA	Posibles Hallazgos de los diferentes entes de control asociados al incumplimiento y/o adherencia de las actividades de Auditoria Medica (Concurrente, Farmacia, Glosas, Sistema de Información, Historia Clínica)
COMUNICACIONES	Perdida de archivo digital, Audiovisual y fotográfico

Realizando seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo se evidencia que con corte al mes de agosto del presente año, este ha tenido un comportamiento variable respecto al cumplimiento de la meta mensual, por tanto se deben establecer estrategias para mejorar la calificación mensual, puesto que al finalizar el año este debe cumplir como mínimo con el 90% de ejecución, mencionado que durante el mes de agosto este se encuentra en un cumplimiento del 74 %, aclarando que para este corte aplicaban 57 indicadores, mostrando un cumplimiento de 42 de ellos, el área de calidad, planeación y la alta gerencia, realizan seguimiento y se establece plan de acción a aquellos indicadores que no cumplen con la meta, se estima que para la evaluación del mes de septiembre este porcentaje alcance el 90% de cumplimiento, también se ha evidenciado que en el mes de julio incurrimos en el incumplimiento del reporte de venta y compra de medicamentos en la plataforma sysmed,



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

pero mencionando que se notificó al ministerio y expusieron que no tendría sanción y que la plataforma se habilitaría para el respectivo cargue, con corte al mes de agosto se cumplió con el 100% de cumplimiento en los reportes, tal como se evidencia en la medición del indicador institucional.

Al revisar el normograma de la institución este se encuentra actualizado, se evidencia desde el área financiera que el Hospital ha venido cumpliendo con cada uno de los reportes a los diferentes entes de control como se evidencia en los indicadores de entrega de informes,

Teniendo en cuenta la metodología establecida para realización de inducción general, se evidencia cumplimiento del 100% de los funcionarios que ingresaron durante los meses de Mayo (6/6), Junio (13/13), Julio (4/4), agosto 6/6), mostrando comportamiento positivo

Al iniciar la vigencia 2022, la institución contaba con 1127 acciones planteadas para cerrar hallazgos de auditorías, en lo corrido del segundo trimestre y realizando corte al mes de agosto, se identifica que con corte al mes de agosto se lleva un cumplimiento del 77% al finalizar el año se estima un cumplimiento del 90% de estas acciones, por tanto, se debe continuar con la metodología empleada para el cierre de brechas de planes de acción derivados de auditorías

Riesgos de Cumplimiento:

La institución contempla en el mapa 5 riesgos de cumplimiento asociado a 4 procesos

PROCESOS	RIESGOS DE CUMPLIMIENTO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Toma de Decisiones Inadecuada por fallas en la interacción de los comités institucionales o normativos con la alta dirección Posibles sanciones a causa del incumplimiento a la ejecución de proyectos (recursos monetarios, personas, planificación de tiempos... ETC)
URGENCIAS	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadores-informes-planes de acción-PAMEC)
G.TALENTO HUMANO	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadores-informes-planes de acción-PAMEC)
CONTROL INTERNO	Inadecuada toma de decisiones asociadas al Incumplimiento y Calidad en respuesta a los planes de Acción derivados de las auditorías internas y Externas

Realizando seguimiento al indicador de comités institucionales, se logra evidenciar que se ha venido cumpliendo con la realización de cada uno de los comités normativos, no



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

obstante, se han presentado dificultades en el diligenciamiento del acta en el sistema de información, existe una brecha no significativa en el cargue de actas en el sistema de

información, también es importante mencionar que el manual de comités institucionales fue actualizado y compartido a cada uno de los líderes de procesos asistenciales y administrativos, por tanto, mensualmente se continua con el seguimiento el cual muestra el siguiente cumplimiento con corte al mes de JULIO (mencionando que es solo lo evaluado a través del sistema de información: 37% de diligenciamiento en el sistema de información, pero con un 100% de cumplimiento en la realización de estos.

Se realiza seguimiento a las metas a través de los indicadores, donde se toman medidas para los indicadores que no están cumpliendo las metas. También se identifica que se debe establecer el comité de Gestión de riesgos, el cual ya cuenta con Acto Administrativo aprobado por Junta Directiva

El hospital cuenta con un estatuto y manual de contratación, anexo a esto se cuenta con ruta del proceso de contratación en el cual se establecen los parámetros y criterios de la contratación del hospital, por tanto debe cumplirse con el proceso de licitación y continuar con el nuevo SECOP II, anexo a esto se han establecido controles internos que minimizan el riesgo de que la documentación falte o se encuentre incompleta,

Se evidencia en el mes de agosto la publicación del primer proceso en la página del secop II, que corresponde a Compra e instalación y puesta en funcionamiento de puertas para el área de morgue, cirugía y la Unidad de almacenamiento de residuos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E.

Se realiza seguimiento al indicador que mide la oportunidad de entrega de reportes presentados a diferentes entes de control y vigilancia, se evidencia que desde el área financiera se ha venido cumpliendo con cada uno de estos reportes, por tanto se recomienda continuar con la metodología establecida, por tanto se recuerda la responsabilidad del reporte es de cada líder de proceso e involucrado en el mismo.

Riesgos Operativo:

La institución contempla en el mapa 26 riesgos operativo asociado a 15 procesos.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

PROCESOS	RIESGOS OPERATIVOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Indecuada gestion de los controles, que no mitiguen los riesgos identificados
AMBULATORIO	Inoportunidad en la prestación del servicio asociados a la disponibilidad de agendas Complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención (Consulta externa-terapia física)
HOSPITALIZACION	Conflictos en la prestación del servicio a causa del consumo de sustancias Psicoactivas Complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención (Eventos Adversos) Alteración y/o agresión física o verbal por parte de pacientes hacia el personal misional y administrativo de la institución
URGENCIAS	Posibilidad de Alteración y/o agresión física o verbal por parte de pacientes hacia el personal misional y administrativo de la institución
GESTION TALENTO HUMANO	Afectación en la salud del colaborador a causa de la ausencia de control en la Matriz de peligros Pérdida de capital intelectual
G. DE SUMINISTROS	Imposibilidad en la prestación de servicios administrativos y asistenciales a causa de la inoportunidad en la adquisición y GESTIÓN de bienes muebles, medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos por la entidad
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Incumplimiento de términos en los procesos Disciplinarios
G. DE TECNOLOGIA Y MANTENIMIENTO	Daño y deterioro en equipos e insumos medicos causando complicaciones en el estado clínico del paciente Demoras en el proceso de Adquisición de equipos e insumos medicos causando inoportunidad en la prestación del servicio Deterioro en la infraestructura de la institución, generando inconformidad en el cliente interno y externo
CIRUGIA	Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención en el área de Cirugía (Eventos Adversos)
APOYO DIAGNOSTICO	Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención en el apoyo diagnostico
G. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Alteración en el flujo de caja de la entidad a causa de demoras en la facturación por ventas de servicios en salud, y, que conlleva a la inoportunidad en la radicación de la facturación
G. DE APOYO LOGISTICO HOSPITALARIO	Inoportunidad en el suministro de dietas a los pacientes Hospitalizados Demoras en el proceso de atención, ocasionando deterioro en el estado clínico y/o físico del paciente
MERCADEO	Inconvenientes en el recaudo por los servicios prestados a causa de fallas en el proceso de Admisión Conflictos en la prestación del servicio a causa de los tramites administrativos en el área de Anexos y Autorizaciones
FARMACIA	Complicación en la condición clínica y física del paciente asociada a la dispensación inoportuna o errónea de medicamentos y Dispositivos medicos
COVE	Servicios de atención no acordes a la población caracterizada
G. CONTRATACION	Sanción de los diferentes entes de control a causa del Incumplimiento del estatuto de contratación Demoras en el suministro y/o abastecimiento de bienes y/o servicios en la institución, relacionada a la ejecución del contrato Demoras en el suministro y/o abastecimiento de bienes y/o servicios en la institución, relacionada a la ejecución del contrato

Desde el área de planeación se realiza la identificación de los documentos requeridos por las circulares 045-0455, los cuales son los siguientes

1. Creación del comité de riesgos
2. política de administración de riesgos
3. Manual de prevención de riesgos de corrupción, opacidad y fraude



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Dichos documentos fueron presentados ante la junta directiva el día 30 de agosto del presente año, los cuales fueron aprobados por la misma, dando lineamiento de socialización e implementación, anexo a esto la institución se encuentra en proceso de actualización de la matriz de riesgos, en la cual se priorizan como mínimo los siguientes riesgos:

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Mercado de Capitales
7. Riesgo de Grupo
8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

Los cuales ya fueron incluidos dentro de la política de gestión de riesgos y el programa de riesgos institucional, incluyendo corrupción, opacidad y fraude, a la fecha se cuenta con 8 procesos a los cuales se les ha identificado los riesgos, causas y controles.

Dentro del proceso contractual debe evaluarse al proveedor con el diligenciamiento de SARLAFT, se evidencia en lo corrido del año no se presentado ningún caso, anexo a esto es necesario mencionar que en cada junta directiva ordinario se presenta el informe SARLAFT

Riesgos de Imagen:

La institución contempla en el mapa 5 riesgos de Imagen asociado a 5 procesos

PROCESOS	RIESGOS DE IMAGEN
ATENCION AL USUARIO	Instatisfacción del cliente externo por el no cumplimiento de las expectativas durante el proceso de atención
AMBULATORIO	Alteración y/o agresión física o verbal por parte de pacientes hacia el personal misional y administrativo de la institución
URGENCIAS	Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención (Eventos Adversos)
G.TALENTO HUMANO	Incumplimiento a las metas de los procesos asistenciales y administrativos, afectando la productividad institucional
COMUNICACIONES	Publicación de información errónea, incompleta y/o ambigua a través de los



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Analizando el indicador del proceso de atención al Usuario tiene una meta menor al 10%, vienen incumpliendo en lo transcurrido del año, por tanto, se materializa y se debe establecer los controles para que este indicador mejore en su medición.

En el proceso Ambulatorio de acuerdo con la meta establecida en 30 minutos, se puede evidenciar que la espera en el servicio está en un promedio de 22 minutos, cumpliendo con el objetivo del indicador, no obstante, se ha reforzado la comunicación con los médicos especialistas, quienes han sido receptivos en las peticiones realizadas.

Urgencias Con corte al mes de Julio del presente año, se han realizado 32124 atenciones, de las cuales se evidencian 87 quejas en el periodo, este indicador viene cumpliendo.

Riesgos de Corrupción:

La institución contempla en el mapa 9 riesgos de corrupción asociado a 8 procesos

PROCESOS	RIESGOS DE CORRUPCION
AMBULATORIO	Posibilidad de recibir y/o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de agilizar un trámite administrativo
G.SUMINISTROS	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con fin de celebrar un contrato
C. INTERNO DISCIPLINARIO	Actos indebidos por acción u omisión para favorecer a Funcionarios o exfuncionarios en el desarrollo del proceso disciplinario
G.TECNOLOGIA Y MANTENIMIENTO	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio de terceros con el fin de celebrar un contrato
APOYO DIAGNOSTICO	Perdida y/o robo de insumos y reactivos en el área de Laboratorio clínico, para beneficio propio y/o de terceros
G. ADMINSTRATIVA Y FINANCIERA	Asignación, programación y ejecución presupuestal con destinación diferente al cumplimiento de las metas y programas institucionales
FARMACIA	Perdida o Hurto de medicamentos y/o dispositivos medicos (insumos medicos)
G.CONTRATACION	Ofrecimiento De Dádivas, Tráfico De Influencias Y Clientelismo En El Proceso De Contratación
	Contratación con personas naturales o jurídicas que se encuentran en listas restrictivas y de control o en procesos administrativos o judiciales asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo o delitos conexos con los mismos.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

El código de integridad y buen gobierno se encuentra en proceso de actualización, por tanto, esta actividad se desplaza para el último cuatrimestre, anexo a esto se menciona que los principios y valores corporativos se han venido socializando en campañas internas

Se evidencia que se hace seguimiento al Presupuesto y al Plan de Desarrollo por parte de las oficinas financiera y planeación, esto con el objetivo de fortalecer el proceso de contratación y control de presupuesto, trimestralmente se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal vs el plan de desarrollo

Riesgos Financieros:

La institución contempla en el mapa 9 riesgos de corrupción asociado a 8 procesos

PROCESOS	RIESGOS FINANCIEROS
HOSPITALIZACION	Sobrecostos asociados al proceso de atención
URGENCIAS	Sobrecostos durante el proceso de atención (los mismos)
JURIDICA	Posibilidad de fallos en contra de la entidad, causado por vulneración de derechos (Reparación directa por falla del servicio medico)
CIRUGIA	Posibilidad de afectación a las ventas proyectadas de la vigencia, asociadas al incumplimiento de las metas del proceso de cirugía
G. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Presencia de aspectos de importancia material que afecten la razonabilidad del
MERCADEO	Incumplimiento a la visión institucional a causa de no ser autosostenibles Sanciones legales y/o pecuniaria a causa de la mala administración del patrimonio
FARMACIA	Sobrecostos en el proceso de Farmacia asociados a: Deterioro, mal almacenamiento, vencimiento de medicamentos
COVE	Sobrecosto en el proceso de atención a causa de la falta de información en la ficha epidemiológica

De acuerdo con los tiempos estipulados, se realiza el comité de mercadeo cada 8 días, en el cual se evalúa el estado de los convenios con las diferentes EPS y el avance de la facturación, se destaca que en el mes de agosto se realiza contratación con Emssanar bajo el nuevo modelo PGP.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

RECOMENDACIONES

Realizar periódicamente una socialización del Mapa de Riesgos, con el fin de que el personal Nuevo vinculado a la entidad conozca de primera mano y entienda la finalidad de esta Matriz, ya que con su trabajo de mejoramiento continuo desde cada proceso nos dará como resultado la No materialización de estos Riesgos.

A los líderes del proceso que tengan riesgos materializados, se recomienda hacer Plan de mejoramiento y pararlo a la oficina de control interno para su respectivo seguimiento

JENNY LORENA GAMEZ VALLEJO
Jefe de Control Interno