 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ DE SALAMINA CALDAS E.S.E. NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-GER-RES 1.10.00-2026 Versión: 01 Fecha aprobación: 29-ENE-2026 Fecha elaboración: 23-ENE-2026 Página 1 de 7</p>
	<p>PROCESO DE : CONTROL INTERNO</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: INFORME SOBRE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS</p>	

Salamina Caldas, Enero 29 de 2026

**Doctor
Wilson Didier Carmona Duque
Gerente**

REFERENCIA:

Seguimiento y evaluación - monitoreo a Mapa de Riesgos por proceso vigencia 2025


Respetado Doctor:

A través del Decreto 1599 de 2005 y decreto 943 de 2014, por el cual se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno -MECI y en especial a lo referente en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), para todas las entidades del Estado, donde la “Administración del Riesgo” ha sido contemplada como uno de los componentes del Módulo de Control de Planeación y Gestión y se define como “el conjunto de elementos que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales”, constituyéndose en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

En aplicación a la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos Para las Entidades Públicas, la Entidad Prestadora de Servicios de Salud desarrolla las nuevas prácticas de las herramientas para ejecutar las auditorías internas y articular los diferentes componentes del sistema de control interno para proporcionar seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos y estrategias, validando el desempeño de los sistemas gerenciales y reducir los riesgos en la administración.

Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad de mejora para la institución, pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas.

Por lo anterior y en cumplimiento al marco legal, el cual establece la política de administración del riesgo en la ESE, me permito presentar el informe de seguimiento y monitoreo realizada al mapa de riesgos por procesos, así:

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	<p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ DE SALAMINA CALDAS E.S.E. NIT: 890.8010268</p>	<p>Código: HDFS-GER-RES 1.10.00-2026 Versión: 01 Fecha aprobación: 29-ENE-2026 Fecha elaboración: 23-ENE-2026 Página 2 de 7</p>
	<p>PROCESO DE : CONTROL INTERNO</p>	
	<p>TIPO DE DOCUMENTO: INFORME SOBRE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS</p>	

OBJETIVO

Realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en los mapas de riesgo por procesos, en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ DE SALAMINA CALDAS, de acuerdo a las normas legales vigentes.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

- Verificar la gestión de las acciones de control, definidas en los riesgos priorizados.
- Leer los resultados de los indicadores de medición de los riesgos.
- Determinar la calidad de los controles definidos.
- Monitorear si las acciones realizadas tienden a gestionar los riesgos según las medidas de respuesta exigidas.
- Proponer ajustes, observaciones y recomendaciones.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

Basados en la actualización y adopción de los procesos que conforman los mapas de procesos, Mapa de riesgos de los procesos vigencia 2025, Política de Administración de riesgos, cartilla Guía para la elaboración y actualización de mapas de riesgos y guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública.

AREAS INVOLUCRADAS EN EL PROCESO:

Procesos y subprocesos con sus respectivos mapas de riesgos vigentes.

METODOLOGIA:

Se realiza verificación en sitio con cada uno de los responsables de los mapas de riesgo, se evalúa la efectividad de los controles implementados, concertando compromiso si es el caso.

RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO POR PROCESO.

El propósito del seguimiento fue la revisión, diseño y efectividad de controles y cumplimiento de acciones en respuesta a los riesgos de los mapas implementados por la entidad.

Se tuvo en cuenta la Guía para la gestión del riesgo 2015-DAFP - donde se indica que para la identificación de los riesgos de gestión se debe identificar el contexto (Establecer el contexto externo, establecer el contexto interno), identificar el proceso, el objetivo, establecer las causas, identificar los eventos de riesgo, consecuencias, determinar y adoptar los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente, establecer la manera como se realiza el control, el responsable y periodicidad de su ejecución, monitoreo y revisión.

Con base en el seguimiento y monitoreo por parte de control interno se verificó para el cierre de la vigencia 2025, la efectividad de los controles definidos en los mapas de riesgo de la entidad.

1. Que como se esperaba los riesgos a nivel gerencial fueron bajos, con procesos presentados y cuentas rendidas a las diferentes entidades, con un nivel de control alto y con un nivel de hallazgos bajo y subsanado.
2. Respecto a la planificación, se implementó un control alto para evitar la prevalencia de intereses particulares y se detectó un compromiso alto en los líderes de área para el cumplimiento de objetivos. Igualmente, no se presentan hallazgos por irregularidades presupuestales ni en desviación del erario público.
3. Se evidencia una alta capacitación técnica de los procesos a implementar y de los planes a ejecutar, con posibilidades de mejora, pero con indicadores de eficiencia y efectividad alto, en relación al nivel de implicación de los agentes administrativos.
4. La ejecución asistencial y técnica de los procesos operativos del hospital reflejaron efectividad y ejecución sobresaliente de operación en los usuarios.
5. Se presentan mejoras en el área de farmacia, respecto a la recepción y enumeración de inventario de consumo. con un control regulado de medicamentos de especial cuidado.
6. Los procesos de conocimiento, se manejan de manera distribuida en temas de beneficio de Brand institucional y se interrelaciona con la alta calidad de indicadores y la baja exposición de riesgo administrativo por beneficio a terceros particulares.
7. La gestión humana, no reporta novedades negativas y se mantiene como un potencial de ciclo en la ESE, con refuerzo en actividades sociales y con niveles de riesgo medios, pero en estado

evidenciado bajo. De igual manera, con algunas dificultades interpersonales controladas entre los colaboradores y con un clima de trabajo evaluado en verde y con un concepto favorable. de la gerencia.

8. La gestión jurídica, presenta riesgos bajos, con indicadores verdes, por la alta capacidad aplicativa del área jurídica, con beneficio en la representación jurídica de la ESE.
9. La gestión financiera, se calculaba en riesgo bajo las anomalías que se presentaron en el transcurso de la vigencia se pudo corregir aplicando los principio contables y presupuestales, se denota un buen manejo administrativo del erario público, con control y participación activa por parte de la gerencia.
10. La tecnología e informática, se permeaba como un riesgo muy alto, pero en la vigencia transcurrió de manera armoniosa por el nivel profesional de los contratistas y colaboradores, se presentaron novedades en la falla del servicio por condiciones climatológicas, pero pudieron ser contenidas, se viene en un proceso de mejora continua respecto a las vigencias anteriores como la perdida de información por falta de hacer copias de seguridad, pero las acciones de mejora, entre otros se ha dado cabal cumplimiento a mitigar este tipo de riesgos de manera eficiente.
11. En infraestructura y equipo, no se presentaron riesgos y los que se presentaron no se catalogaron de alto riesgo.
12. Finalmente, se denota un buen manejo de la gestión del seguimiento, y procesos presentados por la oficina de control interno

Con base en lo anterior, se concluye lo siguiente:

Del total de Mapas de Riesgos por procesos con los que la entidad cuenta, los cuales permiten tener un control sobre el desarrollo y funcionamiento de los procesos con más eficiencia, sino que también sirve para que se cumpla con los objetivos misionales de la entidad y a su vez el implemento de los fines esenciales del estado, así mismo permiten a la entidad evaluar aquellos aspectos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de la función.

Por lo anterior expuesto, se recomienda de manera permanente revisar y evaluar la armonización de los mapas de riesgos con la nueva estructura del mapa de procesos, con el fin de lograr agrupar, adecuar e interrelacionar junto con la caracterización de los procesos y sub procesos los controles de los posibles riesgos que pueda afectar el normal funcionamiento de la entidad, orientando estos hacia el cumplimiento de la visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas de la entidad, para continuar logrando optimizar el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, los riesgos se calificaron:

B: Zona de riesgo baja
M: Zona de riesgo moderada
A: Zona de riesgo Alta
E: Zona de riesgo extrema

RECOMENDACIONES GENERALES

- Acoger las recomendaciones de control interno anotadas en los casos que aplique.
- Algunos procesos necesitan capacitación con respecto a identificación, análisis y redacción de riesgos.
- Ejecutar las acciones que tienen gran importancia y no se alcanzaron a gestionar adecuadamente.
- Llevar registros de la materialización de los riesgos para establecer con mayor objetividad si los riesgos se están reduciendo o previniendo.

- Se recomienda realizar el seguimiento, monitoreo y revisión por parte de la dos líneas de defensa (Planeación, Calidad) de las acciones propuestas por parte de los procesos.
- Revisar y ajustar todas las etapas de administración del riesgo en todos los mapas de riesgos existentes con el fin de mantenerlos actualizados (identificación y seguimientos permanente por áreas de los riesgos que impactan cada proceso).

Cordialmente,



JHON FREDY ARIAS MARIN
ASESOR DE CONTROL INTERNO

