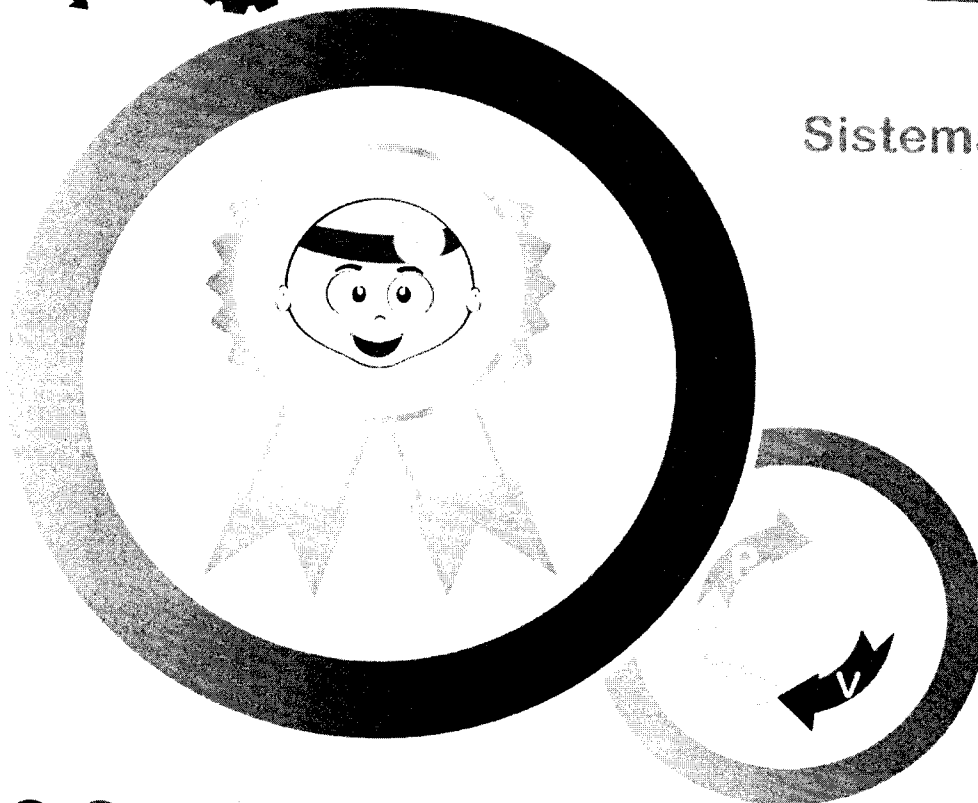
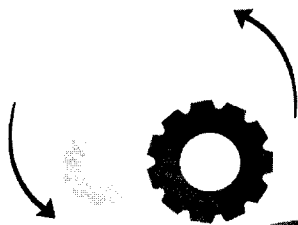
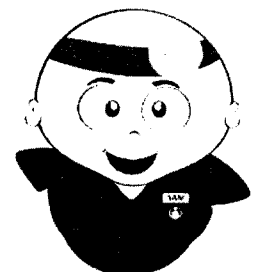


INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN PRIMER CUATRIMESTRE 2025



**Sistema Integrado
de Gestión**





**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

Vigilado:
Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

Evolucionamos pensando en usted

**INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN DEL
HOSPITAL DEL SARARE ESE,
2025**

YENNY CAROLINA SUAREZ

Asesora control interno
Hospital del Sarare E.S.E

**HOSPITAL DEL SARARE
SARAVENA
ABRIL 2025**



Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVO.....	4
3. ALCANCE:.....	4
4. FUNDAMENTOS LEGALES.....	5
5. METODOLOGÍA APLICADA	5
6. 1. SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CUIDADANO – PACC	6
7. 2. SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR RIESGO DE CORRUPCIÓN 7	
2.1 Riesgo de No aplicación del Manual de Contratación	7
2.2 Riesgo de No Implementación del Plan de Defensa Jurídica	8
2.3 Riesgo de No Aplicación del Manual de Propiedad Planta y Equipo	10
2.4 Riesgo de No cuenta con un sistema de gestión documental para el manejo de documentos electrónicos	11
2.5 Riesgo de Información incompleta o inexactitud en la digitación de datos de la historia laboral y registros de nómina.	12
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	13



INTRODUCCIÓN

Atendiendo uno de los propósitos del sistema de Control Interno, el cual está orientado a lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de la entidad, la Oficina de Control Interno dando cumplimiento a la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 124 de 2016 y Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5; presenta Informe de seguimiento al MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN durante el periodo comprendido entre enero a abril del año 2024.

El informe presenta el seguimiento de evaluación, análisis y monitoreo a las actividades relacionadas al mapa de riesgo de corrupción definidos por el Hospital del Sarare E.S.E aportando un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión del riesgo y control de la entidad.

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento a la gestión del mapa de riesgos de corrupción del Hospital del Sarare E.S.E a través de controles, análisis y monitoreo, como primer componente del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de controles en Entidades Públicas del DAFP.

ALCANCE:

Verificar los controles para mitigar o reducir los riesgos a corte a 30 de abril del 2025, los cuales están documentados en el Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional de la vigencia 2025.



FUNDAMENTOS LEGALES.

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011, Artículos 73 y 74 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 124 de 2016, Artículo 2.1.4.6 “mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo”.
- Decreto 1081 de 2015, Artículo 2.1.4.1.; “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República”.
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital. Versión 4, octubre 2018, emitida por la Secretaria de Transparencia - Presidencia de la República; Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

METODOLOGÍA APLICADA

De acuerdo al mapa de riesgo de corrupción institucional de la vigencia 2025 publicado en la página web, La oficina de Control Interno relaciona toda la información y verifica las actividades plasmadas para el primer cuatrimestre del 2025, en la intranet de la carpeta compartida lideres <\\192.168.1.4\\lideres-sig>. se realiza seguimiento de la información para establecer los controles y así mitigar los riesgos que puedan incurrir en la entidad.

1. SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PACC

- ❖ En el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano en el componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción- Mapa de Riesgos de Corrupción realiza seguimiento a cada una de las actividades el cual se encuentra en un 50% de cumplimiento de esta.



HOSPITAL
DEL SARARE

Empresa Social del Estado

CODIGO

SEI-01-F13

REVISIÓN No.

1

EVALUACIÓN PLAN
ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL
CIUDADANO

Evolucionamos pensando en usted

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025

COMPONENTE 1 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Fecha de seguimiento:

30 DE ABRIL DE 2025

RIESGOS DE CORRUPCIÓN						FECHA DE SEGUIMIENTO:		OBSERVACIONES
No	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% AVANCE	
1	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Incluir en la actualización de contenidos de la inducción información de la política de administración de riesgos.	Documento/ video con el contenido de la política de administración de riesgos	Planeación	Febrero-Junio		0%	El video sera publicado en el mes de Mayo, según comunicación del proceso de planeación
2	MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	Validar, actualizar y/o identificar nuevos riesgos de corrupción conforme a la metodología definida	Mapa de riesgos corrupción del Hospital del Sarare 2025.	Planeación	Enero	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeacion/C3/B3/planeacion/C3/B3p-5.html	100%	
3	CONSULTA Y DIVULGACIÓN	Realizar publicación de mapa de riesgos de corrupción en la página Web de la Entidad	Mapa de riesgos de Corrupción publicado	Sistemas	Enero	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeacion/C3/B3/planeacion/C3/B3p-5.html	100%	
4	MONITOREO Y REVISIÓN	Realizar revisión cuatrimestral por proceso los riesgos de corrupción, aplicando ajustes de ser necesario	Seguimiento al mapa de Riesgos de corrupción	Planeación/Calidad	Cuatrimestral	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision-notificacion-y-vigilancia/control-interno/Informes.html	25%	Se publica informe del primer seguimiento cuatrimestral
5	SEGUIMIENTO	Realizar seguimiento al Mapa de Corrupción en los plazos establecidos por ley	Informe de Seguimiento	Oficina Control Interno	Cuatrimestral	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision-notificacion-y-vigilancia/control-interno/Informes.html	25%	Se publica informe del primer seguimiento cuatrimestral
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 1							50%	

Fuente Evaluación Plan Anticorrupción a Corte 30 de abril 2025

- ❖ Se verifica cumplimiento a la actualización y publicación del mapa de riesgos de corrupción en la página web de la entidad en donde se puede verificar en el siguiente link

[https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN ANTICORRUPCION/2025/PLAN-ANTICORRUPCIN-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2025.pdf](https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2025/PLAN-ANTICORRUPCIN-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2025.pdf)



2. SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR RIESGO DE CORRUPCIÓN

2.1 Riesgo de No aplicación del Manual de Contratación

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. No aplicación del manual de contratación. 2. No publicación oportuna en el SECOP. 3. No consulta de oferentes en listas restrictivas.	Posibilidad de favorecimiento a terceros en procesos Contractuales y/o Jurídicos o contratar con personas naturales o jurídicas, o formas asociativas que se encuentren vinculadas a listas restrictivas por lavado de activos y financiación del terrorismo o que tengan reportes negativos por entes de control del Estado Colombiano.	El equipo de contratación realiza la verificación de requisitos, aplicando el formato de lista de verificación de requisitos, de cada proceso Contractual, previo a la suscripción de Cada Contrato.	1. Realizar una auditoría interna al subproceso Contratación en el cual se verifiquen los requisitos de cada proceso en todas sus etapas; precontractual, contractual, post contractual.
		El equipo de Contratación realiza la publicación del proceso contractual en la página web y el SECOP, de acuerdo a lo establecido en el manual de contratación.	2 Realizar la publicación de documentos de los proceso de contratación en la Página web institucional y SECOP II acorde a los lineamientos del Manual de contratación de la Entidad aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva No 22 del 28/12/2020 y su actualización mediante Acuerdo No 10 del 29/12/2022
		El equipo de Contratación realiza solicitud al oficial de Cumplimiento, la consulta de los antecedentes de los oferentes en las listas restrictivas; dicha consulta es anexada a cada expediente del contrato	3 Realizar auditoria interna del Programa PTEE y Sistema de administración de riesgos en la cual se realiza seguimiento a la verificación realizada por parte del Oficial de cumplimiento SARLAFT en lo referente a Antecedentes de Administración de Riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo (SARLAFT).

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. En el Plan de auditoria interna aprobado mediante Acta N° 1 del Comité de Control Interno y así mismo es publicado en la página web de la institución <https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2025/AUDITORIAS/PLAN-DE-AUDITORIAS-Y-SEGUIMIENTOS-2025-APERTURA.pdf>, en el cual para el mes de julio se realiza auditoria para el Subproceso de Contratación.
2. Se realiza seguimiento a la página web institucional <https://hospitaldelsarare.gov.co/contratacion/actual.html> y plataforma SECOP II <https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCEcurrentLanguage=es->



CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE

3. En el Plan de auditoria interna aprobado mediante Acta N° 01 del Comité de Control Interno y así mismo es publicado en la página web de la institución <https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2025/AUDITORIAS/PLAN-DE-AUDITORIAS-Y-SEGUIMIENTOS-2025-APERTURA.pdf>, en el cual para el mes de septiembre se realiza auditoria para el Programa del Sistema de Administración y Gestión del Riesgo y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

2.2 Riesgo de No Implementación del Plan de Defensa Jurídica

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. Debilidad en el seguimiento a los procesos de defensa jurídica frente a demandas que cursan en contra de la entidad. 2. No se tiene una adecuada protección de Seguros por responsabilidad Civil extracontractual. restrictivas.	Posibilidad de pérdidas Económicas por Fallo de Demandas en contra de la Entidad, por mala praxis en los servicios de Salud.	La oficina Jurídica realiza la contratación de un abogado externo, que apoya los procesos judiciales que cursan en contra de la entidad.	1 Abogado externo realiza presentación de informes periódicos ante el comité de conciliación, del estado y avance de los procesos judiciales que cursan en contra de la entidad.
		Realizar reunión Periódica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales que cursan en contra de la entidad.	2 Realizar análisis y revisión del informe semestral del Comité de Conciliación.
		Documentar y actualizar la Política de Daño Antijurídico	Actualizar la Política de Daño Antijurídico
		El Hospital del Sarare ESE adopta medidas para amparar cubrir sus riesgos de responsabilidad civil extracontractual de la Institución.	3 Definir y contratar las pólizas de seguro de Responsabilidad civil clínicas y hospitales, póliza de manejo global sector oficial e en el marco de la Política de Defensa Jurídica acorde a los riesgos jurídicos de los procesos de demandas en contra de la entidad.



Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. Se realiza seguimiento a las presentaciones de informes periódicos por medio de las actas del Comité de Conciliación.
 - Acta N° 1: 24 de enero de 2025
 - Acta N° 2: 28 de enero de 2025
 - Acta N° 3: 13 de febrero de 2025
 - Acta N° 4: 14 de febrero de 2025
 - Acta N° 5: 21 de febrero de 2025
 - Acta N° 6: 18 de marzo de 2025
 - Acta N° 7: 10 de abril de 2025
 - Acta N° 8: 30 de abril de 2025
2. El comité de conciliación ha desarrollado seis (8) sesiones ordinarias, por lo cual se encuentran las actas del comité en la intranet IP4 \\192.168.1.4\comites institucionales\22 COMITE DE CONCILIACION\2025.
3. La política de daño antijurídico se está documentado lo cual se espera para ser socializada ante el comité de conciliación en el mes de junio y así mismo ser aprobada ante el comité de gestión y desempeño, se vienen adelantando ante el comité revisión de seguimiento a todos los procesos, para determinar insumos para la actualización de la política.
4. La entidad cuenta con póliza vigente No 460-88-994000000050 de Asegura Solidaria de Colombia, adquirida a partir del 05 de septiembre del 2024 con vigencia de un año. Con amparos: daño emergente por el servicio médico, Responsabilidad civil institucional, transporte en ambulancia, uso de equipos diagnóstico o terapéutica, suministro de medicamentos y gastos de defensa.



2.3 Riesgo de No Aplicación del Manual de Propiedad Planta y Equipo

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. Cambio de activos entre dependencias sin previo informe. 2. No ingresos de activos 3. Falta de inventarios actualizados de activos e insumos.	Posibilidad de pérdida de bienes y activos de la institución y/ o faltantes en el inventario	Se realiza verificación al Plan de Mantenimiento Hospitalario	1 Realizar auditoria del Plan de Mantenimiento Hospitalario con el manual de propiedad planta y equipo
		Realizar monitoreo y seguimiento a los inventarios y estado de depreciación.	2 Comité de Gestión y Desempeño -Inventarios sesiona trimestralmente realizando seguimiento al inventario.
		Realizar el comité de Inventarios y bajas donde se cuente con el 100% de conceptos de bajas acorde al Manual de propiedad planta y equipo.	3 Realizar bajas de activos y de insumos de acuerdo a los establecido en el manual de propiedad planta y equipo.

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. En el Plan de auditoria interna aprobado mediante Acta N° 01 del Comité de Control Interno y así mismo es publicado en la página web de la institución <https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2025/AUDITORIAS/PLAN-DE-AUDITORIAS-Y-SEGUIMIENTOS-2025-APERTURA.pdf>, en el cual para el mes de marzo, lo cual se programa en el mes de junio en el marco del informe semestral para la SúperSalud y surgió la auditoria de la ropa hospitalaria.
2. Se realiza seguimiento de las actas de reunión en cual se encuentran en la IP4 \\192.168.1.4\comites institucionales\21_ COMITE DE INVENTARIOS\VIGENCIA 2025\TRIMESTRE I 2025
5. Mediante acto administrativo se ordena dar de baja los inventarios y los bienes obsoletos, depreciados y en desuso por compensación de la entidad, el cual establece la Resolución N°051 de 25 de marzo de 2025



2.4 Riesgo de No cuenta con un sistema de gestión documental para el manejo de documentos electrónicos

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. No se cuenta con sistema de gestión de documentos electrónicos 2. No se cuenta con el inventario de información documental electrónica 3. Variación en los accesos autorizados de información.	Posibilidad de pérdida de información digital	Entrega de inventario documental trimestralmente FUID donde se incluya información electrónica.	1 Acta de verificación de manera trimestral de la adecuada custodia y manejo de la información electrónica
		El profesional designado para sistema de información institucional implementa medidas para configurar reglas de seguridad, con el fin de generar conexión segura a nivel perimetral, esto relacionado con la implementación de red de datos	2 Implementar el monitor de la red de datos de la ESE Hospital del Sararé.
		Diligenciar el autodiagnóstico MIPG de la política de gobierno digital	3 Diligenciar el autodiagnóstico MIPG de la política de gobierno digital
		El profesional designado para cada sistema de información institucional implementa y/o parametriza los componentes de seguridad con el fin de prevenir accesos no autorizados a nivel de sistema de información y base de datos.	4 Realiza proceso de transición entre IPv4 A IPv6, teniendo en cuenta el ciclo de desarrollo por fases que requiere el nuevo protocolo de MiniTic.



Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. se realiza entrega del inventario documental- FUID a corte 10 de abril de la presente vigencia al correo del subproceso de Gestión Documental.
2. Se encuentra en ejecución el Contrato CD 609 DEL 2024 con el propósito de reorganización de cableado, suits, todos los servicios se conectaron con fibra óptica esto se refleja en velocidad de la red, y conectividad. El monitor de la red de datos será entregado para el mes de junio al proceso de Tic's como producto de dicho contrato. Para la aprobación de la Política de Gobierno Digital se realizará para el mes de agosto a septiembre y realizar la publicación en la página web de la entidad.
3. En el marco de la auditoria de Sistemas de información se verifica, y se incluye en el plan de acción del subproceso.
4. Se encuentra en ejecución el Contrato CD 609 DEL 2024 con el propósito de reorganización de cableado, suits, todos los servicios se conectaron con fibra óptica esto se refleja en velocidad de la red, y conectividad. Se está realizando las gestiones de transición de la IP4 a la IP6, se espera avances para el segundo semestre del 2025.

2.5 Riesgo de Información incompleta o inexactitud en la digitación de datos de la historia laboral y registros de nómina.

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
1. No se cuenta con información documentada del procedimiento liquidación de nómina. 2. No se cuenta con software para Administración del Talento humano.	Posibilidad de pérdida económica y reputacional debido a la ausencia de controles y verificación de la información, durante el trámite de solicitud de recursos y pago electrónico de las obligaciones adquiridas por la Función Pública.	El profesional designado para la liquidación de nómina realiza la verificación de la información previo al registro de la información en sistema.	1 Profesional designación para liquidación de nómina consolida registro de control de novedades reportadas con la Subgerencia del talento humano, y verifica la información previo al registro en el sistema.
		El profesional encargado de nómina, mensualmente valida que el cálculo de la seguridad social del sistema de información sea el mismo que el cálculo manual con base al archivo de control consolidado.	2 Profesional designado para la liquidación de nómina realiza el cálculo de los valores de la seguridad social en el archivo de control, los confirma y verifica con liquidación generada en Dinámica gerencial módulo nómina., lo cual se verificara trimestralmente.



		El profesional asignado valida que la información este completa y correctamente transcrita en los datos de la Certificación Electrónica de Tiempos Laborados.	3 Técnico de apoyo de Talento humano verifica las solicitudes de CETIL, valida inexactitudes y se emiten respuestas a las peticiones recepcionadas.
--	--	---	---

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. Se tiene un registro de control para las novedades a aplicar en la nómina, y validación previa del cuadro de control de liquidación de manera mensual esta se encuentra en la IP4 \\192.168.1.4\talentohumano\CARPETA NOVEDADES
2. Realiza verificación de la seguridad social en archivo de control manual de nómina con el módulo de nómina de Dinámica Gerencial para poder realizar la liquidación del mes correspondiente.
3. La Subgerencia de talento humano remite información (5) cinco solicitudes de CETIL se encuentran a corte a 30 de abril de 2025, las cuales se han respondido (2) dos y están en proceso de respuesta 3.

Se destaca que no se ha presentado durante el periodo evaluado la materialización de los riesgos en el mapa analizado, por lo cual se evidencia la efectividad de los controles planeados, en donde no se hace necesario aplicar controles correctivos para minimizar el riesgo y seguir realizando seguimiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se puede evidenciar el cumplimiento de la publicación del Mapa de riesgo de Corrupción oportunamente en la página web del Hospital del Sarare E.S.E, según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



- Se recomienda seguir con el seguimiento de las novedades de nómina para poder realizar las liquidaciones a tiempo, también realizar a tiempo las respuestas de las solicitudes del CETIL.
- Continuar con las actividades de auditoria interna, seguimiento a planes de mejora.
- Se evidencia fortalecimiento de las actividades del comité de conciliación, y mayor seguimiento al estado de procesos, así como la articulación con el plan de acción de defensa jurídica.
- En el tema de manejo de activos e inventarios en articulación con Almacén se han desarrollado estrategias e implementado controles, se han adelantado inventarios por áreas y servicios.
- La ESE está realizando mejoras significativas para la red de datos, tanto en infraestructura como en conectividad, se espera durante la vigencia contar con dichos resultados que impactaran positivamente al funcionamiento de la entidad.
- Desde el proceso de gestión jurídica han adelantado capacitación para el personal de contratación en SECOP II, eso ha generado el fortalecimiento de capacidades y cumplimiento en las publicaciones de procesos.

Sin otro particular,


YENNY CAROLINA SUAREZ
Asesora Control Interno


GERALDINE REAL LOZANO
Profesional de Apoyo Control Interno