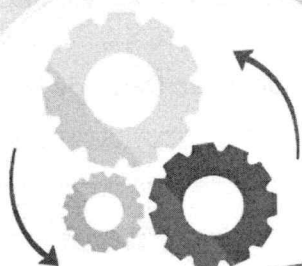




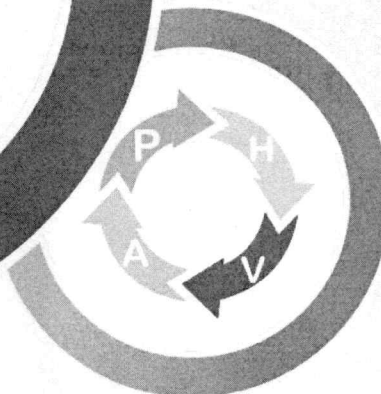
**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

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

**SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL
CONTROL INTERNO**



**Sistema Integrado
de Gestión**



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

***Evolucionamos pensando
en Usted***



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

Evolucionamos pensando en Usted

Contenido

1. Introducción	3
2. Objetivo del informe	3
3. Metodología	3
3.1 SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CUIDADANO – PACC	4
3.2 SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR RIESGO DE CORRUPCIÓN	5
3.2.1 Riesgo de No Aplicación del Manual de Contratación	5
3.2.2 Riesgo de No Implementación del Plan de Defensa Jurídica	6
3.2.3 Riesgo de No Aplicación del Manual de Propiedad Planta y Equipo	8
3.2.4 Riesgos de No cuenta con un Sistema de Gestión Documental para el Manejo de Documentos Electrónicos	9
3.2.5 Riesgos de Información Incompleta o Inexactitud en la Digitación de Datos de la historia Laboral y Registros de Nomina	11
4. Análisis y resultados de los datos encontrados	12
5. Conclusiones	12
6. Recomendaciones	13
7. Control de elaboración	13

1. 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 septiembre a diciembre del año 2025.

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.

2. Objetivo del informe

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.

3. Metodología

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 tercer 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.

3.1 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 100% de cumplimiento de esta.

**HOSPITAL
DEL SARARE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CODIGO

SEI-01-F13

REVISIÓN No.

1

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

**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: 31 DE DICIEMBRE DE 2025

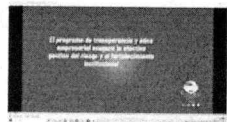
RIESGOS DE CORRUPCIÓN						FECHA DE SEGUIMIENTO:		OBSERVACIONES
N°	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	HECHO O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% AVANCE	
1	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Incluir en la actualización de contenidos de la inducción información de la política de administración de riesgos.	Documento/ video con el contenido de la política de administración de riesgos	Planeación	Febrero-Junio		100%	Se encuentra incluida en la inducción del personal nuevo que ingresa a la institución
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/B3n/planeacion/C3/B3n-5.html	100%	Se evidencia publicación y seguimiento
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/B3n/planeacion/C3/B3n-5.html	100%	Se evidencia publicación y seguimiento
4	MONITOREO Y REVISIÓN	Realizar revisión cuatrimestralmente por proceso los riesgos de corrupción, aplicando ajustes de ser necesario	Seguimiento al mapa de Riesgos de corrupción	Planeación/Control	Cuatrimestral	https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision-notificacion-y-vigilancia/control-interno/informes.html	100%	Se publica informe del tercer 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	100%	Se publica informe del tercer seguimiento cuatrimestral
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 1							100%	

Ilustración 1 Evaluación Plan Anticorrupción a corte 31 de diciembre 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-ANTICORRUPCION-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2025.pdf

3.2 SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR RIESGO DE CORRUPCIÓN

3.2.1 Riesgo de No Aplicación del Manual de Contratación

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION			ACCIONES
CAUSA	RIESGO	CONTROL	ACCIONES ADELANTADAS
No aplicación del manual de contratación. No publicación oportuna en el SECOP. 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 procesos 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 auditoría 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 auditoría interna aprobado mediante Acta No 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 realizó auditoria para el Subproceso de Contratación y así mismo se dejó plan de mejoramiento.

2. Se realiza seguimiento a la página web institucional <https://hospitaldelsarare.gov.co/contratacion/actual.html> y plataforma se 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 auditoría interna aprobado mediante Acta No 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>, se realiza en el mes de octubre auditoría para el Programa del Sistema de Administración y Gestión del Riesgo y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, las cuales se deja plan de mejora.

3.2.2 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.



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

Evolucionamos pensando en Usted

Seguimiento de Acciones Adelantadas:

1. Se realiza seguimiento a las presentaciones de informes periódicos por medio de las actas del Comité de Conciliación.

- Acta No 1: 24 de enero de 2025
- Acta No 2: 28 de enero de 2025
- Acta No 3: 13 de febrero de 2025
- Acta No 4: 14 de febrero de 2025
- Acta No 5: 21 de febrero de 2025
- Acta No 6: 18 de marzo de 2025
- Acta No 7: 07 de abril de 2025
- Acta No 8: 30 de abril de 2025
- Acta No 9: 17 de mayo de 2025
- Acta No 10: 27 de mayo de 2025
- Acta No 11: 10 de junio de 2025
- Acta No 12: 27 de junio de 2025
- Acta No 13: 07 de julio de 2025
- Acta No 14: 23 de julio de 2025
- Acta No 15: 15 de agosto de 2025
- Acta No 16: 22 de agosto de 2025
- Acta No 17: 11 de septiembre de 2025
- Acta No 18: 26 de septiembre de 2025
- Acta No 19: 15 de octubre de 2025
- Acta No 20: 20 de octubre de 2025
- Acta No 21: 30 de octubre de 2025
- Acta No 22: 14 de noviembre de 2025
- Acta No 23: 24 de noviembre de 2025

Vigilado Supersalud

- Acta No 24: 02 de diciembre de 2025
- Acta No 25: 11 de diciembre de 2025

2. El comité de conciliación ha desarrollado catorce (25) 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. Se aprueba Política de Prevención y Daño Antijuridico del Hospital del Sarare la cual rige a partir del periodo 2025-2026 mediante Resolución N°052 del 31 de marzo de 2025.
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. Se remite correo a talento humano para alertar en la gestión oportuna de la adquisición de la nueva póliza.

3.2.3 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 auditoría 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>, se realizó auditoria en el mes de septiembre del Plan de Mantenimiento Hospitalario, el cual se encuentra publicado en página web de la entidad y así mismo se deja plan de mejora.
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, II, III Y IV 2025.
3. 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:
 - Resolución N°051 de 25 de marzo de 2025 del primer trimestre
 - Resolución N°106 de 26 de junio de 2025 del segundo trimestre
 - Resolución N°169 de 24 de septiembre de 2025 del tercer trimestre
 - Resolución N°272 de 23 de diciembre de 2025 del cuarto trimestre

3.2.4 Riesgos 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	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



electrónicos 2. No se cuenta con el inventario de información documental electrónica 3. Variación en los accesos autorizados de información.		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 Sarare.
		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 26 de diciembre de la presente vigencia al correo del subproceso de Gestión Documental.
2. Para el monitor de red de datos se avanzó con 4 suiches, se restauró en las áreas de la nueva urgencia, quirúrgicos, laboratorio de la sede UNAP e incora, se espera que para el 2026 se termine de adecuar todos los puntos de red para que los servicios cuenten con una mejor fibra óptica que refleje la velocidad de la red y la conectividad.
3. Se realiza autodiagnóstico de la política de Gobierno digital la cual tiene un porcentaje del 80.1% de avance del mismo.
4. Para la transición de ipV4 a ipV6 se avanzó con 4 suiches, se restauró en las áreas de la nueva urgencia, quirúrgicos, laboratorio de la sede UNAP e incora, se espera que para el 2026 se termine de adecuar todos los puntos de red.



3.2.5 Riesgos de Información Incompleta o Inexactitud en la Digitación de Datos de la historia Laboral y Registros de Nomina.

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 previa 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 verificará 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 recepcionada.

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 31 de diciembre de 2025, las cuales se han respondido en su

totalidad. Para un total de 172 solicitudes las cuales se les realizó el respectivo traslado a los diferentes entes administrativos para su respectiva trazabilidad correspondiente de la siguiente manera:

- Derecho de petición traslado a la UAESA durante la vigencia 2025 fueron 23 derechos de petición.
- Derechos de petición trasladados a Colpensiones 112 derechos de petición durante la vigencia de 2025.
- Derechos de petición trasladados a superintendencia financiera 31 derechos de petición durante la vigencia de 2025.
- Derechos de petición trasladados a Porvenir 6 derechos de petición durante la vigencia de 2025.

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.

4. Análisis y resultados de los datos encontrados.

Ilustración 1 Evaluación Plan Anticorrupción a corte 31 de diciembre 2025 4

5. Conclusiones

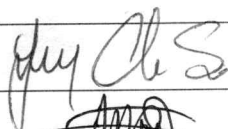
- Se evidencia el cumplimiento de la publicación del Mapa de riesgo de Corrupción oportunamente en la página web del Hospital del Sarare E.S.E, según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Se evidencian informes semestrales del comité de conciliación, y oportuno seguimiento al plan de defensa jurídica.
- Se ha evidenciado sesiones del comité de activos e inventarios.

- La entidad presentó ante la UAESA informe semestral del plan de mantenimiento hospitalario de la vigencia 2025 y planeación de la vigencia 2026.
- Gestión documental continua con avances en lo relacionado a la información electrónica.
- Se evidenció mejora en la gestión para las respuestas a solicitudes CETIL.

6. Recomendaciones.

- Se recomienda actualizar la información documental de Liquidación de nómina acorde al nuevo marco normativo laboral.
- Se recomienda continuar con las actividades de auditoría interna, seguimiento a planes de mejora.
- Realizar seguimiento a la implementación de inventario de activos en la entrega de turno para mitigar riesgos de daño o pérdida de los bienes de la institución.
- Se recomienda terminar todos los puntos de red de datos para la transición de IPv4 a IPv6 lo cual no se alcanzó a terminar para la vigencia 2025.

7. Control de elaboración

Revisó	Yenny Carolina Suarez Asesor Control Interno	
Realizó	Geraldine Real Lozano Profesional Univ. Apoyo Control Interno	

