HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
Evolucionamos pensando en usted

CÓDIGO: DIR-01-F07
REVISIÓN: 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

MAPA DE RIESGOS

Proceso:	GESTIÓN GERNECIAL
Subproceso:	PLANEACIÓN
Objetivo:	Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación a todas lastividades y poder así detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos de corrupción se materialicen, definiendo riesgo de corrupción como la Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
Alcance:	

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE							EVALUACIÓN DEL RIESGO - VALORACIÓN DE LOS CONTROLES EXISTENTES									EVALUACIÓN DEL RIESGO - NIVEL DEL RIESGO RESIDUAL							PLAN DE ACCIÓN					
Riesgo No.	TIPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGOS /TIPO DE ACTIVOS DE LA INFORMACIÓN	DESCRIPCIÓN / VULNERAVILIDAD	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FRECUENCIA CON LA CUAL SE REALIZA LA ACTIVIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE	%	CLASIFICACIÓN	CRITERIOS DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS: Tipo	Afectación	Implícitos	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad de Riesgo Con Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	ACCIÓN CORRECTIVA/OPORTUNIDAD DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCIÓN
1	Corrupción_o_LAFT	PROCESOS	Falta de procedimientos	1.No aplicación del manual de contratación	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.	Ejecucion y Administracion de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	Media	60%	Afectación_Económica_o_presupuestal	Mayor a 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	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.	Detectivo	Probabilidad	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	42,0%	Muy Baja	42%	80%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Realizar una auditoria interna al subproceso Contratación en el cual ser verifiquen los requisitos de cada proceo en todas sus etapas; precontractual, contractual, post contractual.	Lider de Control Interno	24/01/2025	31/07/2025	Se realizó auditoria del proces de contratación la cual es publicado en la pagina web de la institución https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision,-notificacion-y-vigilancia/control-interno/auditorias.html	Finalizado
																2	El equipo de Contratación realiza la publicación del proceso contractual en la pagina web y el SECOP, de a cuerdo a lo establecido en el manual de contratación.	Preventivo	Probabilidad	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	25,2%		25%			80%			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 23 del 2024.	Lider de Gestión Jurídica.	24/01/2025	31/12/2025	Se realiza seguimiento en la publicacion de los documentos de contratacion en la pagina web de la entidad como en el SECOP II evidenciando procesos sin publicación, al cual surge plan de mejora.	En curso
																3	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	Detectivo	Probabilidad	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	17,6%		18%			80%			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 é ela financiación del terrorismo (SARLAFT).	Lider de Control Interno y Revisor Fiscal	24/01/2025	31/09/2025	Se realiza auditoria para el sistema de administracion y gestión del riesgos y el programa de transparencia y etica empresarial en el mes de octubre. https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/control-interno/2025/AUDITORIAS/AUDITORIA-NB-SISTEMA-DE-ADMINISTRACION-DEL-RIESGO-Y-PTEE.pdf	Finalizado
2	Estratégico_o_Operacional	PROCESOS	Falta de Adherencia de Guías, Manuales, Protocolos y Procedimientos	1. No implementación del Plan de Defensa Jurídica.	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.	Posibilidad de Pérdidas Económicas por Falto de Demandas en contra de la Entidad, por mala praxis en los servicios de Salud.	Ejecucion y Administracion de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	Alta	80%	Afectación_Económica_o_presupuestal	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	La oficina Jurídica realiza la contratación de un abogado externo, que apoya los procesos judiciales que cursan en contra de la entidad.	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	80,0%	Alta	80%	42%	Moderado	75%	Alto	Reducir (mitigar)	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.	Líder de Jurídica	24/01/2025	31/12/2025	Se tienen realizadas a corte a 31 de diciembre de 2025, veinticinco (25) sesiones ordinarias en el comité de conciliación Se evidencia informe del comité de conciliación segundo semestre.	Finalizado
																2	Realizar reunión Periódica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales que cursan en contra de la entidad.	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	80,0%		80%			56%			Realizar análisis y revisión del informe semestral del Comité de Conciliación.	Secretario del comité de Conciliación	24/01/2025	31/12/2025	Para la revisión de informe y actas del comité de conciliación se encuentran en la P4 IP4 \1\92.168.1.4\comites institucionales\22_ COMITE DE CONCILIACION\2025 Informe segundo semestre 2025 publicado https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/mecanismo-interno-y-externo-de-supervision,-notificacion-y-vigilancia/juridica/defensa-judicial.html	Finalizado
																3	Documentar y actualizar la Politica de Daño Antijurídico	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	80,0%		80%			42%			Actualizar la politica daño antijurídico	Líder de Jurídica	24/01/2025	30/06/2025	Se aprueba Politica de Daño Antijurídico Resolucion N°052 del 31 de marzo de 2025.	Finalizado
																4	El Hospital del Sarare ESE adopta medidas para amparar cubrir sus riesgos de responsabilida civil extracontractual de la Institución.	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	80,0%		80%			42%			Definir y contratar las polizas de seguro de Responsabilidad civil clinicas y hospitales, poliza de manejo global sector oficial e en el marco de la Politica de Defensa Jurídica a corde a los riesgos jurídicos de los procesos de demandas en contra de la entidad.	Líder de Jurídica	2/01/2025	31/09/2025	La entidad cuenta con Poliza de Responsabilidad Civil «Igenta N° 460-88-994000000055 de Aseguro Solidaria de Colombia, adquirida a partir del 05 de septiembre del 2025 con vigencia de un año.	Finalizado
3	Corrupción_o_LAFT	PROCESOS	Falta de Adherencia de Guías, Manuales, Protocolos y Procedimientos	1. No aplicación del manual de Propiedad Planta y Equipo	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	Ejecucion y Administracion de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	Media	60%	Afectación_Económica_o_presupuestal	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Se realiza verificación al Plan de Manteniento hospitalario	Detectivo	Probabilidad	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	42,0%	Media	42%	56%	Moderado	100%	Moderado	Reducir (mitigar)	Realizar auditoria del plan mantenimiento hospitalario con el manual de propuedad planta y equipo	Lider de control interno	24/01/2025	31/03/2025	Se realizo en septiembre la auditoria para el plan de mantenimiento hospitalario https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/control-interno/2025/AUDITORIAS/AUDITORIA-NB-PLAN-DE-MANTENIMIENTO-HOSPITALARIO_compressed.pdf	Finalizado
																2	Realizar monitoreo y seguimiento a los inventarios y estado de depreciación.	Correctivo	Impacto	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	42,0%		42%			56%			Comité de Gestión y Desempeño -Inventarios sesiona trimestralmente realizando seguimiento al	Secretario del comité de bajas e inventarios	1/01/2025	31/12/2025	Se realiza seguimiento al comité de inventarios lo cual se evidencia acta en la P4 \\192.168.1.4\comites institucionales\21_ COMITE DE INVENTARIOS\VIGENCIA 2025\TRIMESTRE IV 2025, lo cual se tienen las actas de los 4 trimestres en las diferentes fechas: 25/03/2025 26/06/2025 23/09/2025 18/12/2025	Finalizado
																3	Realizar el comité de Inventarios y bajas donde se cuenta con el 100% de conceptos de bajas acorde al Manual de propiedad planta y equipo.	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	42,0%		42%			56%			Realizar bajas de activos y de insumos de acuerdo a los establecido en el manual de propiedad planta y equipo.	Líder de Almacen	1/01/2025	31/12/2025	Se realizo baja de inventarios y los bienes obsoletos mediante acto administrativo Resolución N°272 de 23 de diciembre de 2025 del cuarto trimestre	Finalizado
4	Seguridad_de_la_Información	PROCESOS	Falta de procedimientos	1. No cuenta con un sistema de gestión documental para el manejo de documentos electrónicos	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 perdida de información digital	Ejecucion y Administracion de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	Media	60%	Afectación_Económica_o_presupuestal	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	Entrega de inventario documental trimestralmente FUID donde se incluya información electrónica.	Preventivo	Probabilidad	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	36,0%	media	36%	80%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Acta de verificación de manera trimestral de la adecuada custodia y manejo de la información electrónica	Líder de Gestión Documental	1/01/2025	30/06/2025	Por parte de Gestion Documental envia a los comcos electronicos el cronogrograma de entrega del inventario documental FUID cada trimestre de la vigencia 2025, 11/04/2025 20/06/2025 10/10/2025 26/12/2025	Finalizado
																2	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 implementacion de red de datos	Preventivo	Probabilidad	Automático	50%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	18,0%		18%			80%			Implementar el monitorio de la red de datos de la ESE Hospital del Sarare	Líder de Gestión de las TI CS	1/01/2025	31/12/2025	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.	En curso
																3	Diligenciar el autodiagnostico MIPG de la política de gobierno digital	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	18,0%		18%			60%			Diligenciar el autodiagnostico MIPG de la politica de gobierno digital	Líder de Gestión de las TI CS	1/02/2025	30/06/2025	Se realiza autodiagnóstico de la politica de Gobierno digital la cual tiene un porcentaje del 80.1% de avance del mismo.	Finalizado
																4	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.	Preventivo	Probabilidad	Automático	50%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	9,0%		9%			80%			Realizar proceso de transición entre IPv4 a IPv6, teniendo en cuenta el ciclo de desarrollo por fases que requiere el nuevo protocolo de MinTic	Líder de Gestión de las TI CS	1/01/2025	31/12/2025	Para la transición de ip/V4 a ip/V6 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.	En curso
4	Estratégico_o_Operacional	PROCESOS	Falta de procedimientos	1. Información incompleta o inexactitud en la digitación de datos de la historia laboral y registros de nómina. 2.Omisión en la liquidación y pago de la seguridad social y aportes a parafiscales.	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.	Ejecucion y Administracion de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	Baja	40%	Afectación_Económica_o_presupuestal	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	El profesional designado para la liquidación de nómina realiza la verificación de la información previo al registro de la información en sistema.	Preventivo	Probabilidad	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	24,0%	media	24%	45%	Moderado	80%	Moderado	Reducir (mitigar)	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.	Profesional de Nómina	1/01/2025	31/12/2025	Se realiza registro de control de las novedades mes a mes con la validacion previa del cuadro de control de liquidacion y cierre vigencia 2025	Finalizado
																2	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.	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	24,0%		24%			60%			Profesional designado para la liquidación de nómina raliza 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 efificara trimestralmente.	Profesional de Nómina	1/01/2025	31/12/2025	Se verifica la seguridad social en el registro de control manual de la nomina para el mes correspondiente en el modulo de Dinamica Gerencial y cierre vigencia 2025	Finalizado
																3	El profesional asignado valida que la información este completa y correctamente transcrita en los datos de la Certificación Electrónica de Tiempos Laborados.	Correctivo	Impacto	Manual	25%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	24,0%		24%			45%			Técnico de apoyo de Talento humano verifica las solicitudes de CETIL, valida inexactitudes y se emiten respuestas a las peticiones recepcionadas.	Tecnico Administrativo apoyo a Talento Humano	1/01/2025	31/12/2025	Se tieneinformación (5) cinco solicitudes de CETIL se encuentran a corte a 31 de diciembre de 2025, las cuales se han respondido en su totalidad.	Finalizado