

**PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL  
(ANTERIORMENTE PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL  
CIUDADANO) Y MAPA DE RIESGOS**

**INFORME DE SEGUIMIENTO II Y III CUATRIMESTRE 2024**  
**1.5.2.02**



**PERIODO MAYO – DICIEMBRE 2024**

## **MARCO LEGAL**

Con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos establecidos en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 943 del 2014, en relación a la administración del riesgos y el eje transversal de información y comunicación, se determinó que las entidades del orden: Nacional, Departamental y Municipal deben elaborar y fijar en la página web de cada institución el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, ahora Programa de Transparencia y Ética Empresarial antes del 31 del mes de enero de cada vigencia y las oficinas de Control Interno deben monitorear cuatrimestralmente los diferentes controles establecidos para asegurar el cumplimiento tanto de los riesgos como de las políticas por componente y la buena administración de estos.

## **OBJETIVO**

Evaluar la efectividad de las actividades y controles determinados en cada uno de los diferentes riesgos de tipo administrativo, asistencial y operativo, igualmente verificar el cumplimiento de las políticas por componente establecidas para la administración de los riesgos y atención al ciudadano.

## **ALCANCE**

Todos los riesgos establecidos en el panorama de cada uno de los procesos y las políticas establecidas por componente dentro del plan anticorrupción y atención al ciudadano.

## **METODOLOGIA**

Se utilizó como referencia el mapa de riesgos de Gestión, riesgos de Seguridad Digital y riesgos de corrupción establecidos por el nivel directivo, el cual una vez aprobado se ubicó en la página web institucional en el mes de enero de la vigencia 2024. De acuerdo a la matriz de riesgos generada por el DAFP y que el proceso de Gestión y Mejora tuvo en cuenta para registrar los riesgos, la Oficina de Control Interno elaboró una plantilla de control como papel de trabajo “seguimiento al mapa de riesgos”.

Con la información obtenida por esta Oficina en los diferentes seguimientos, evaluaciones y auditorías programadas durante el periodo objeto de evaluación, además de reuniones realizadas con los responsables, se recolectó las evidencias de las acciones establecidas, se realizó el seguimiento al cumplimiento de dichas acciones y se proyectó el informe final de este seguimiento, del cual se entregará copia al nivel gerencial, y se remitirá por correo electrónico al responsable del proceso de Gestión y Mejora y demás responsables de los procesos de la institución.

## CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DETERMINADAS EN EL MAPA DE RIESGOS EN EL TERCER Y CUARTO CUATRIMESTRE 2024

Es importante mencionar que el proceso de Gestión y Mejora estuvo sin responsable durante el periodo julio a agosto y posteriormente el mes de octubre, lo que no permitió un correcto seguimiento por parte de este proceso.

De acuerdo al monitoreo realizado por la Oficina de control interno, se evidenciaron las actividades de mejoras ejecutadas por los responsables de los procesos comprometidos con la administración de los riesgos y políticas de atención al ciudadano, logrando la medición del grado de cumplimiento, el cual se refleja en las observaciones descritas, en la plantilla de control y seguimiento. (Ver anexo).

MAPA DE RIESGO	% CUMPLIMIENTO AL 31-12-2024
Riesgos de Gestión y seguridad Digital	45 %
Riesgos de Corrupción	50 %

### MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DIGITAL

Los procesos presentaron acciones con el siguiente porcentaje promedio de cumplimiento:

PROCESO	% CUMPLIMIENTO
Evaluación y Control	100
Proyectos y Bienestar	100
Gestión al Usuario	88
Docencia e Investigación	75
Gestión Financiera	65
Ayuda Diagnostica y Complementarias Terapéuticas	59
Hospitalización	57
Direccionamiento Estrategico	54
Ambiente Físico	45
Hogar de Larga Estancia	44
Gestión Jurídica	41
Gobierno Clínico	41
logística y compras	41
Talento Humano	25
Sistemas de Información	19
Seguridad Digital	17
Mercadeo	11
Consulta externa	9
Gestión y Mejora	0
Intervención Social y Comunitaria	0

## MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Los siguientes procesos presentaron acciones con el siguiente porcentaje promedio de cumplimiento:

PROCESO	% CUMPLIMIENTO
Gestión Financiera	80
logística y compras	67
Sistemas de Información	67
Ambiente Físico	49
Evaluación y Control	45
Gestión Jurídica	43
Procesos Misionales, Gobierno Clínico	40
Direccionamiento estratégico	33
Gestión al Usuario	27
Talento Humano	27
Gestión y Mejora	0

Los procesos de Gestión al Usuario, Direccionamiento estratégico y Procesos Misionales - Gobierno Clínico y Talento Humano que en el primer cuatrimestre obtuvieron un porcentaje de cumplimiento de cero (0), lograron aumentar dicho porcentaje en el segundo y tercer cuatrimestre.

El proceso que obtuvo un porcentaje de seguimiento de cero (0) fue Gestión y Mejora, debido en gran parte por la ausencia de responsable de este proceso durante los periodos de julio a agosto y durante el mes de octubre.

## ARTICULACION Y ACTUALIZACION DE MAPA DE RIESGOS

De acuerdo a lo establecido en la ley 2195 de 2022, ARTÍCULO 31. “PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ETICA EN EL SECTOR PUBLICO. Modifíquese el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011(Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano), el cual quedará así: Artículo 73. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Publica con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad”.

Teniendo en cuenta lo anterior la ESE adopto el programa de Transparencia y Ética anteriormente Plan Anticorrupción, mediante acuerdo 053 del 13 de diciembre de 2023 y fue publicado en la página web institucional, siguiendo los lineamientos dados por la Superintendencia Nacional de Salud mediante circular externa 202215100000053-5 de 2022.



Por otra parte la ley 2195 de 2022, en su artículo 73. Parágrafo 1 establece que “En aquellas entidades en las que se tenga implementado un Sistema Integral de Administración de Riesgos, este deberá articularse con el Programa de Transparencia y Ética Pública”. En este sentido la ESE en el mes de enero de 2024 publicó en página web el 31 de enero de 2024, la matriz de riesgo institucional y el plan de acción SICOF, quedando pendiente la articulación de la matriz de riesgos institucional con el programa de Transparencia y Ética adoptado por la ESE, ya que esta institución tiene implementado el sistema de riesgos establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP-. Dicha articulación sigue pendiente de realizarse al 31 de diciembre de 2024. Además se hace necesario realizar la revisión y actualización de los riesgos institucionales para que queden alineados con el nuevo plan de desarrollo 2024-2028.

Por lo anterior se encuentra pendiente realizar las siguientes actividades:

1. Revisar y actualizar la actual matriz de riesgos institucionales.
2. Incluir en la matriz de riesgos institucionales, los riesgos fiscales de acuerdo a los lineamientos establecidos por el DAFP.
3. Articular la matriz de riesgos institucionales con el programa de transparencia y ética pública para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 73, parágrafo 1 de la ley 2195 de 2022.
4. Revisar y/o actualizar el plan de acción SICOF y tener en cuenta sus componentes dentro del proceso general de actualización y articulación de los riesgos.
5. Socializar la matriz de riesgo ya actualizada y articulada a todos los responsables, con el fin que conozcan el grado de responsabilidad frente al cumplimiento de las acciones que se establezcan y la entrega oportuna de las respectivas evidencias cuando sean solicitadas.

## **RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno a la matriz de riesgos publicada en la vigencia 2024, se presentan las siguientes recomendaciones:

Realizar las actividades de actualización y articulación de la matriz de riesgos institucional con los riesgos fiscales, Programa de Transparencia y Ética Pública y Plan de Acción SICOF.

Realizar la socialización de la matriz de riesgos, programa de transparencia y plan de acción SICOF con el fin de establecer compromisos con los responsables en el cumplimiento e identificación de los riesgos de los procesos institucionales, así como la aplicación y seguimiento de los controles necesarios para su minimización.

Mayor compromiso por parte de los responsables en la realización y entrega de evidencia de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.

Establecer y evaluar el Programa de Auditoría para la Mejora de la Calidad.

Se recomienda incluir dentro del programa institucional de capacitaciones, la formación de auditores internos.

Se recomienda a los responsables del proceso de Gestión y Mejora la revisión y actualización de los procesos y procedimientos institucionales.

Se recomienda asignar un responsable al proceso de Mercadeo y comunicaciones que apoye a la Gerencia en la realización del análisis de mercado.

Se recomienda realizar seguimiento y verificación de las fuentes de información, antes de publicar información en los medios de comunicación institucionales.

Se recomienda actualizar el protocolo de ingreso de las personas mayores, en lo relacionado al uso adecuado del registro fotográfico.

Es importante que se automatice el formato de Registro y Control de las PQRSDF.

Terminar el proceso de actualización del manual de convivencia en conjunto con el grupo sicosocial, Subgerencia Científica y Asistencial, involucrando a representantes de las personas mayores y socializar el manual de convivencia actualizado dentro del primer trimestre de 2025.

Se recomienda registrar el préstamo de los expedientes contractuales en el formato de control de préstamo documental.

Se recomienda verificar que la documentación precontractual, contractual y postcontractual, corresponda a los requisitos mínimos establecidos en la ley y los estatutos.

Se recomienda incluir dentro del plan de capacitaciones temas relacionados con las funciones de supervisión y que dichas capacitaciones se realicen mínimo dos veces en el año.

Se recomienda revisar y actualizar el Normograma institucional cada que se requiera.

Se recomienda al proceso de Gestión Jurídica realizar monitoreo permanente a la información cargada en las diferentes plataformas.

Se recomienda que el Subgerente Administrativo y Financiero y el Subgerente Científico realicen seguimiento al cuadro de rendición de informes.

Se recomienda al profesional encargado de gestión jurídica verificar que la documentación suministrada por el contratista, este completa de acuerdo al procedimiento de contratación.

Se recomienda ejecutar y dar cumplimiento al PETI.

Se recomienda realizar el Backups en un lugar externo al servidor de la entidad.

Se recomienda contratar internet con un operador independiente al actual como plan de contingencia para disponibilidad de internet. Además socializar dicho plan de contingencia.

Se recomienda tener servidor de dominio (directorío activo) y bodegas de contraseña.

Se recomienda revisar y actualizar el GI.PO.01 Procedimiento Operativo Creación o Modificación de Usuarios de Red y realizar la capacitación al personal.

Se recomienda realizar la revisión de actualmente como y a quien están asignados los correos que se encuentran activos.

Se debe actualizar la política de seguridad de la información.

Se recomienda realizar el seguimiento trimestral al acceso de la información.

Se debe definir e implementar procedimiento para la estructura del servidor donde se realizara la centralización, almacenamiento y custodia de la información.

Se recomienda que el responsable de Sistemas e Información participe en la inducción del personal y capacite de igual manera a los funcionarios, en el uso correcto de los recursos tecnológicos y de comunicaciones.

Se recomienda la adquisición de los UPS para los equipos o UPS masiva.

Los responsables de rendición deben realizar seguimiento permanente al cuadro de rendición de informes.

Se debe revisar y/o actualizar el procedimiento de cartera y el procedimiento de cuentas por pagar.

Se recomienda a la Subgerencia Administrativa y Financiera realizar auditoria aleatoria a las cuentas por pagar, con el fin de validar que cumpla con los soportes respectivos.

Se recomienda implementar un software que permita realizar los reportes de las necesidades de mantenimiento con el fin de ejercer control.

Se recomienda adelantar acciones tendientes al cumplimiento de los PGIRASA.

Se recomienda realizar cronograma de inspección en sitio para verificar y controlar la generación de residuos.

Se recomienda al profesional responsable de ambiente físico, aplicar estrategias de sensibilización al personal sobre el manejo y adecuada disposición de los residuos.

Se recomienda generar el procedimiento para realizar la segregación en la fuente y disposición final de desechos vegetales y lixiviados. Además de realizar seguimiento al cumplimiento.

Se recomienda diseñar, implementar y documentar procedimiento de evaluación de tecnología biomédica.

Se recomienda un mayor control al inventario asignado al personal de mantenimiento.

Se debe generar expediente físico de enero a julio de las órdenes de compra y/o prestación de servicios.

Realizar auditoria aleatorio a las OC, con el acompañamiento del profesional de control interno.

Generar informe semestral de los artículos donados, y a su vez debe ser socializado ante el comité de compras.

Generar informe de los artículos donados, y socializarlo en el comité de compras.  
Se recomienda actualizar el procedimiento de ingreso de donaciones.

Se recomienda realizar seguimiento permanente a las actividades contenidas en el Plan de Bienestar Social.

Se recomienda realizar seguimiento permanente a la ejecución de las actividades contenidas en el Plan Institucional de Capacitación.

Se recomienda validar con el operador de software la cuantificación financiera de las nóminas.

Se recomienda realizar monitorios y seguimientos al correcto diligenciamiento de las historias clínicas.

Se recomienda realizar capacitaciones al personal sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Socializar los resultados de las auditorías al personal del servicio asistencial.

Actualizar y/o realizar las guías y protocolos institucionales y realizar su respectiva socialización al personal asistencial.

Se recomienda realizar seguimiento y control de los insumos y suministros requeridos en el servicio. (Hospitalización y salas).

Se recomienda la organización al 100% de los kardex de los pacientes.



Se recomienda a la Subgerencia Científica realizar identificación redundante en cada una de las etapas del proceso de atención del usuario en el servicio.

Se recomienda realizar seguimiento a la programación mensual de reclamación y entrega de medicamentos e insumos médicos de los residentes.

Se debe fortalecer en los servicios, la cultura del reporte de eventos adversos o incidentes asociados a la atención de los residentes.

### CONCLUSION

Para dar cumplimiento a la ley 87 de 1993 y sus Decretos reglamentarios e igualmente la ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno elaboró la evaluación del segundo y tercero cuatrimestre del 2024, a los riesgos determinados por cada uno de los procesos y a la vez se monitoreo los riesgos y políticas estipulados en el programa de transparencia y ética pública (anteriormente plan anticorrupción y atención al ciudadano).

Este informe se enviará al nivel de la primera línea de defensa (nivel directivo y estratégico), a la segunda línea de defensa (líderes de procesos), se presentará en el próximo Comité de Control Interno y se publicara en la página web institucional para el control social.

El porcentaje promedio de cumplimiento durante toda la vigencia 2024 se muestra a continuación en la siguiente tabla:

DESCRIPCION	I CUATRIMESTRE	II CUATRIMESTRE	III CUATRIMESTRE	% TOTAL CUMPLIMIENTO
PTEA - (Plan Anticorrupción).	32%	53%	66%	50%
Mapa de Riesgos institucional.	30%	51%	57%	45%

Estos resultados obtenidos en la vigencia 2024, deben servir de diagnóstico para el proceso de actualización y ajuste que debe realizarse al Programa de Transparencia y Ética Pública (anteriormente plan anticorrupción y atención al ciudadano) y al mapa de riesgos institucional. Donde debe existir un compromiso por parte de los responsables de los diferentes procesos y donde se genere conciencia de la importancia que tienen estos dos instrumentos dentro de las actividades de control, con el fin que sirvan de insumo a la Gerencia para la toma de acciones tanto preventivas y/o correctivas que conlleven a minimizar la materialización de los riesgos.

**DIANA PATRICIA MOLINA MONTENEGRO**  
Jefe de Oficina de Coordinación de Control Interno

Santiago de Cali, 10 de febrero de 2024

Doctor  
HAROLD ALBERTO SUAREZ CALLE  
Gerente  
ESE Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

Asunto: Alcance oficio 1.16.1.010 - Informes seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (anteriormente plan anticorrupción y atención al ciudadano) y mapa de riesgos segundo y tercer cuatrimestre 2024.

Dando alcance al oficio 1.16.1.010 - Informes seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (anteriormente plan anticorrupción y atención al ciudadano) y mapa de riesgos segundo y tercer cuatrimestre 2024 en lo referente al siguiente control del proceso de Gestión del Talento Humano que generó el siguiente resultado:

DESCRIPCION DEL CONTROL	PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD CUMPLIDAS A ABRIL 2024	ACTIVIDAD CUMPLIDAS A AGOSTO 2024	ACTIVIDAD CUMPLIDAS A DICIEMBRE 2024	RESPONSABLE	RECOMENDACIONES	%	%	%	% TOTAL
							I	II	III	
El Subgerente Administrativo y Financiero verificara mensualmente las nóminas asistenciales y administrativas.	Validar con el operador de software la cuantificación financiera de las nóminas.	No se aportó evidencia	No se aportó evidencia	No se aportó evidencia	Subgerente Admnsitrativo y Financiero	Validar con el operador de software la cuantificación financiera de las nóminas.	0	0	0	0

Con el siguiente cumplimiento general:

MAPA DE RIESGO	% CUMPLIMIENTO AL 31-12-2024
Riesgos de Gestión y seguridad Digital	45 %
Riesgos de Corrupción	50 %

Donde los procesos presentaron el siguiente cumplimiento promedio en lo referente al Mapa de riesgos de Gestión y Seguridad Digital.



PROCESO	% CUMPLIMIENTO
Evaluación y Control	100
Proyectos y Bienestar	100
Gestión al Usuario	88
Docencia e Investigación	75
Gestión Financiera	65
Ayuda Diagnostica y Complementarias Terapéuticas	59
Hospitalización	57
Direccionamiento Estrategico	54
Ambiente Físico	45
Hogar de Larga Estancia	44
Gestión Jurídica	41
Gobierno Clínico	41
logística y compras	41
Talento Humano	25
Sistemas de Información	19
Seguridad Digital	17
Mercadeo	11
Consulta externa	9
Gestión y Mejora	0
Intervención Social y Comunitaria	0

Generando dentro de sus conclusiones el porcentaje promedio durante toda la vigencia 2024:

DESCRIPCION	I CUATRIMESTRE	II CUATRIMESTRE	III CUATRIMESTRE	% TOTAL CUMPLIMIENTO
<b>PTEA – (Plan Anticorrupción).</b>	32%	53%	66%	<b>50%</b>
<b>Mapa de Riesgos institucional.</b>	30%	51%	57%	<b>45%</b>

Que teniendo en cuenta la reunión citada por Gerencia el 10 de febrero de 2025 para revisar el informe realizado por la Oficina de Control frente al seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública y el Mapa de riesgos del tercer y cuarto trimestre, se pudo evidenciar que el control del proceso Gestión de Talento Humano “El Subgerente Administrativo y Financiero verificara mensualmente las nóminas asistenciales y administrativas” se realizó durante el I, II y III cuatrimestre del 2025, por lo cual queda de la siguiente forma: (ver anexo)

DESCRIPCION DEL CONTROL	PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD CUMPLIDAS A ABRIL 2024	ACTIVIDAD CUMPLIDAS A AGOSTO 2024	ACTIVIDAD CUMPLIDAS A DICIEMBRE 2024	RESPONSABLE	RECOMENDACION	% I	% II	% III	% TOTAL
El Subgerente Administrativo y Financiero verificara mensualmente las nóminas asistenciales y administrativas de las nóminas.	Validar con el operador de software la cuantificación financiera de las nóminas.	Subgerencia verifica con nomina provisionado, lo que se va a pagar, descuentos nómina Seguridad social. Se genera Planilla de nómina con firma de Gerencia, Subgerencia y nomina	Subgerencia verifica con nomina provisionado, lo que se va a pagar, descuentos nómina Seguridad social. Se genera Planilla de nómina con firma de Gerencia, Subgerencia y nomina	Subgerencia verifica con nomina provisionado, lo que se va a pagar, descuentos nómina y Seguridad social. Se genera Planilla de nómina con firma de Gerencia, Subgerencia y nomina	Subgerente Administrativo y Financiero		100	100	100	100



Que al realizar el cambio respectivo en el control mencionado anteriormente, el cumplimiento general se mantiene:

<b>MAPA DE RIESGO</b>	<b>% CUMPLIMIENTO AL 31-12-2024</b>
Riesgos de Gestión y seguridad Digital	45 %
Riesgos de Corrupción	50 %

Los procesos quedaron con el siguiente cumplimiento promedio en lo referente al Mapa de riesgos de Gestión y Seguridad Digital.

<b>PROCESO</b>	<b>% CUMPLIMIENTO</b>
Evaluación y Control	100
Proyectos y Bienestar	100
Gestión al Usuario	88
Docencia e Investigación	75
Gestión Financiera	65
Ayuda Diagnostica y Complementarias Terapéuticas	59
Hospitalización	57
Direccionamiento Estrategico	54
Ambiente Físico	45
Hogar de Larga Estancia	44
Gestión Jurídica	41
Gobierno Clínico	41
logística y compras	41
Talento Humano	50
Sistemas de Información	19
Seguridad Digital	17
Mercadeo	11
Consulta externa	9
Gestión y Mejora	0
Intervención Social y Comunitaria	0

Y el porcentaje promedio durante toda la vigencia 2024:

<b>DESCRIPCION</b>	<b>I CUATRIMESTRE</b>	<b>II CUATRIMESTRE</b>	<b>III CUATRIMESTRE</b>	<b>% TOTAL CUMPLIMIENTO</b>
<b>PTEA - (Plan Anticorrupción).</b>	32%	53%	66%	<b>50%</b>
<b>Mapa de Riesgos institucional.</b>	31%	52%	58%	<b>45%</b>

Es importante que los responsables de los procesos trabajen activamente en el cumplimiento del 100% de las actividades determinadas por la institución, con el fin de lograr una efectiva administración de los riesgos institucionales y las políticas establecidas en el mapa de riesgos y el programa de Transparencia y Ética empresarial (anteriormente el plan anticorrupción y atención al ciudadano).

Cordialmente,

**DIANA PATRICIA MOLINA MONTENEGRO**

Jefe Oficina de Coordinación de Control Interno

Copia enviada por correo electrónico institucional: Responsables de los procesos y acciones de mejora del Programa de Transparencia y Ética Pública (anteriormente plan anticorrupción y atención al ciudadano) y mapa de riesgos vigencia 2024.