

## INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Oficina de Control Interno – Primer Trimestre 2025

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

## 1. Introducción

En cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa y en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se presenta el presente informe ejecutivo de evaluación del reporte de riesgos materializados correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025, elaborado por la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad.

La evaluación se realiza con base en los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 (2022), que establece la responsabilidad institucional de identificar, valorar, responder, monitorear y aprender de los eventos adversos que afectan el cumplimiento de los objetivos misionales.

## 2. Alcance del informe

El documento consolidó la información sobre seis (6) eventos de materialización de riesgo ocurridos entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025. La información se recolectó mediante encuesta digital dirigida a los líderes de proceso. Se incluyó la descripción del riesgo, acción tomada, proceso afectado, causa raíz, y consecuencias, así como estadísticas generales relacionadas con el tipo de riesgo, origen, tipo de pérdida, reporte oportuno y corrección inmediata.

## 3. Resultados del informe remitido por la segunda línea de defensa

La matriz consolidada reporta la materialización de seis (6) riesgos institucionales, clasificados así:

- Tipo de riesgo:
  - 3 de cumplimiento
  - 2 operativos
  - 1 de seguridad digital
- Origen:
  - 4 internos
  - 2 externos
- Tipo de pérdida:
  - 5 de información
  - 1 de imagen
- Corrección inmediata:
  - Solo 1 riesgo fue corregido de forma inmediata
- Reporte formal a Planeación:

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

**Citas Médicas** Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454

esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co)



3 riesgos fueron reportados

3 no se reportaron formalmente

- Cobertura en matriz institucional:

5 riesgos estaban previamente identificados

1 riesgo no estaba contemplado en la matriz

#### 4. Valoración estructurada realizada por la Oficina de Control Interno:

En ausencia de la aplicación explícita de escalas de probabilidad, impacto y matriz de severidad en el informe presentado sobre los riesgos materializados, y conforme a lo permitido por la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 (2022) en el marco de su función de evaluación independiente, la Oficina de Control Interno realizó una valoración estructurada estimada con el propósito de fortalecer el análisis y apoyar la toma de decisiones institucionales.

Esta valoración se basó en:

- La descripción del riesgo causa y proceso afectado, contenida en la matriz entregada.
- Criterios orientadores de la Guía v6, especialmente en cuanto a niveles de probabilidad, impacto y severidad.
- Juicio técnico razonado, fundamentado en la experiencia de control interno y el contexto operativo del hospital.

Riesgo materializado	Probabilidad	Impacto	Severidad
Utilización de usuarios sin vínculo para acceso a DINÁMICA	Alta	Alto	Alto
Inoportunidad en reporte de datos (Triage II)	Media	Alto	Moderado
Agotamiento de productos farmacéuticos	Media	Alto	Moderado
Incumplimiento en mantenimiento hospitalario	Media	Medio	Moderado
Incumplimiento de normatividad ambiental	Baja	Alto	Moderado
Caída de plataforma SIGEP II	Media	Medio	Moderado

#### 4.2. Débil seguimiento a acciones correctivas

Las acciones declaradas por las áreas responsables carecen de verificación técnica o documental, lo que limita la capacidad institucional de aprendizaje y mejora. No se observaron responsables, fechas ni resultados de seguimiento.

#### 4.3. Inconsistencia en el reporte institucional

El 50% de los riesgos no fueron reportados formalmente a la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad. Esto representa una debilidad estructural en la aplicación del protocolo de reporte institucional.

#### 4.4. Inclusión de riesgos no previstos

Uno de los riesgos materializados no estaba incluido en la matriz institucional, y no se evidencia su posterior incorporación ni análisis causal de su omisión.

#### 4.5. Inconsistencias entre la presentación institucional y su aplicación en el informe

La presentación institucional de la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad para 2025 incluye una metodología robusta para la identificación, valoración, tratamiento y seguimiento de riesgos, con una estructura técnica alineada a la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6. Sin embargo, al cotejar esta presentación con el informe operativo del primer trimestre de 2025, se identifican las siguientes inconsistencias:

- La presentación establece el uso de una matriz de probabilidad e impacto con valores cuantitativos de 1 a 5, pero esta metodología no fue aplicada en la valoración de los riesgos reportados.
- No se adjuntaron matrices actualizadas por parte de los líderes de proceso, a pesar de que la presentación indica que estas deben ser reformuladas tras cada evento materializado.
- La herramienta de tratamiento de riesgos y monitoreo presentada como parte del ciclo de control no fue utilizada ni documentada en el informe trimestral.
- Aunque la presentación resalta la importancia del seguimiento técnico con responsables, fechas de inicio y cierre del tratamiento, estos elementos no fueron evidenciados ni verificados.

Estas inconsistencias sugieren una desconexión entre el diseño metodológico institucional y su implementación operativa, lo cual debe ser atendido para cerrar brechas entre el deber ser y el hacer real del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

#### 5. Conclusiones

La presentación metodológica elaborada por Planeación (RIESGOS 2025) es técnicamente sólida. Sin embargo, su aplicación práctica en el informe del primer trimestre presenta vacíos que impiden una gestión preventiva y efectiva del riesgo. Se recomienda institucionalizar la metodología con aplicación obligatoria y trazabilidad de resultados.

## 6. Recomendaciones

### A. A la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad

1. Aplicar de forma obligatoria la valoración estructurada del riesgo (probabilidad, impacto y severidad).
2. Implementar un plan de seguimiento técnico a cada acción correctiva con evidencia verificable.
3. Exigir a cada líder de proceso la actualización de su matriz de riesgos ante eventos materializados.
4. Consolidar informes trimestrales de evolución y cierre de riesgos.
5. Reforzar el uso del formato A.3.FOR.045 en todos los niveles.

### B. A la Alta Dirección

- Reforzar la cultura de gestión del riesgo como parte de la gestión institucional.
- Integrar los resultados del seguimiento de riesgos en los procesos de evaluación de desempeño, rendición de cuentas y toma de decisiones estratégicas.

  
**Marta Ramos Paternina** Junio/2025.  
 Jefe de control interno de Gestión.

  
 Proyecto:  
 Alejandro Vargas  
 Contratista

### Tabla resumen de riesgos reportados:

Código del Riesgo	Proceso Afectado	Tipo de Riesgo	Estado de Corrección	Reporte a Planeación
R-01	Archivo	Cumplimiento	No corregido	No reportado
R-02	Tecnología	Seguridad digital	No corregido	Reportado
R-03	Atención al Usuario	Operativo	Corregido	Reportado
R-04	Talento Humano	Cumplimiento	No corregido	No reportado
R-05	Planeación	Cumplimiento	No corregido	No reportado
R-06	Infraestructura	Operativo	No corregido	Reportado

Se recomienda que las acciones correctivas incluyan nombre del responsable, fechas de inicio y cierre, y evidencia documental del cumplimiento.

10 → Evaluación del ...