

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Oficina de Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE RIESGOS MATERIALIZADOS

II TRIMESTRE 2025

Septiembre 30-2025

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

1. Introducción

Este informe es elaborado por la Oficina de Control Interno en su calidad de tercera línea de defensa, conforme a lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Manual Operativo del MECI y la Guía para la Administración del Riesgo – Versión 6 (2022). Se presenta la evaluación de los riesgos materializados durante el segundo trimestre de 2025, con el fin de valorar su gestión, establecer recomendaciones y contribuir a la mejora continua del Sistema de Control Interno.

2. Alcance y Metodología

Este informe consolida los eventos de materialización de riesgos reportados entre el 1.º de abril y el 30 de junio de 2025. La información fue recolectada a través del formulario 'Materialización de Riesgos – Segundo Trimestre 2025', diligenciado entre el 2 y el 8 de septiembre de 2025. Participaron 13 líderes de proceso. Se identificaron 7 riesgos materializados en distintos procesos institucionales.

3. Consolidado de Resultados:

- Total de participantes: 13
- Total de riesgos materializados reportados: 7
- Procesos afectados: Contratación, Farmacia, Archivo, Facturación, Epidemiología, Banco de Sangre, Vigilancia en Salud Pública

4. Clasificación General de los Riesgos

Tipo de Riesgo:

- 57.1% de los riesgos son de tipo operativo
- 28.6% de los riesgos son financieros
- 14.3% corresponde a riesgo de tipo reputacional / cumplimiento (SECOP)

Origen de los riesgos

- 85.7% son de origen externo; 14.3% de origen interno

- Solo 1 de los 7 riesgos (14.3%) tuvo corrección inmediata; el 85.7% permanece sin solución definitiva

5. Matriz de Clasificación y Seguimiento de Riesgos Materializados

Area / Servicio	Descripción del Riesgo	¿Tuvo Solución?	Tipo de Riesgo	¿Estaba en la Matriz Institucional?
Archivo	Inundación y deterioro de documentos por fallas en infraestructura	No	Operativo	No
SECOP / Contratación	Falla en plataforma SECOP II impidió publicación de contratos	No	Imagen / Cumplimiento	Sí
Banco de Sangre	Retraso en atención por acumulación de agua en pasillos externos	Parcial	Operativo / Riesgo físico	No
Facturación	Falta de soporte en facturas ADRES (tarifa diferencial)	No	Financiero	Sí

Epidemiología / Salud Pública	Falta de pruebas por no conservación de muestras	Sí	Operativo	Sí
Farmacia	Agotamiento y desabastecimiento por fallas de proveedores	No	Operativo / Logístico	No
Facturación – EPS CAJACOPI	No radicación de facturas por falta de autorizaciones	No	Financiero	Sí

6- Evaluación Ejecutiva desde la Oficina de Control Interno

Área / Servicio	Riesgo Materializado	Acción Tomada	Causa Raíz	Impacto	¿Persiste el Riesgo?	Evaluación del Control
Archivo	Inundación y deterioro de documentos	Secado y reubicación parcial de documentos	Falta de mantenimiento en techos y canaletas	Pérdida documental e interrupción de información física	Sí	Inexistente
Contratación / SECOP	Falla en publicación contractual por caída del SECOP II	Registro posterior	Falta de ruta de contingencia para plataformas externas	Incumplimiento de términos legales	Sí	Débil / Parcial
Banco de Sangre	Ingreso de agua por lluvias	Limpieza posterior	Infraestructura deficiente y falta de drenaje	Riesgo físico al personal y pacientes	Sí	Inexistente
Facturación – ADRES	Glosas por falta de soporte en tarifa diferencial	Revisión interna de facturas	No anexar soportes exigidos	Rechazo de recursos y acumulación de glosas	Sí	Documentado pero no aplicado
Epidemiología / Salud Pública	Falta de pruebas por mal manejo de muestras	Refuerzo de cadena de frío	No conservación adecuada	Pérdida de capacidad diagnóstica	No	Corregido
Farmacia	Desabastecimiento por fallas de proveedores	Compra urgente a otros proveedores	Falta de plan de contingencia logístico	Afectación en continuidad de tratamientos	Sí	Parcial / reactivo
Facturación – EPS CAJACOPI	No radicación por falta de autorizaciones	Gestión posterior con EPS	Retraso en autorizaciones	No facturación de servicios	Sí	Ineficaz

En ejercicio de su función evaluadora independiente como tercera línea de defensa, la Oficina de Control Interno presenta el siguiente análisis institucional con base en el “Informe de Materialización de Riesgos – Segundo Trimestre 2025” remitido por la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad:

- Se identificaron 7 riesgos materializados en procesos misionales, asistenciales, administrativos y logísticos.

- El 85.7% de estos riesgos persisten sin solución estructural, lo que refleja oportunidades de mejora en los niveles de prevención y control.
- En todos los casos, las áreas ejecutaron acciones para contener o corregir parcialmente los eventos ocurridos; sin embargo, en su mayoría fueron reactivas, sin rediseño formal de controles o sin evidencia de prevención futura.
- La segunda línea de defensa (Planeación y Calidad) debe fortalecer el acompañamiento a los procesos, para asegurar que la gestión del riesgo no se limite a la respuesta ante la materialización, sino que integre el análisis proactivo y la mejora estructural de los puntos de control.

Este comportamiento sugiere una madurez institucional intermedia en materia de gestión del riesgo, con cumplimiento parcial de las responsabilidades asignadas a cada línea de defensa. Se observan avances en la atención reactiva de los eventos, pero aún se requiere fortalecer:

- El diseño y documentación de controles preventivos efectivos,
- La actualización oportuna de las matrices de riesgo,
- Y la integración del riesgo en la gestión estratégica de cada proceso.

Recomendaciones:

- Se solicite a cada proceso responsable la formalización de los controles rediseñados, con trazabilidad verificable.
- Que se revise el mapa institucional de riesgos e incorpore los eventos no contemplados inicialmente.
- Que se intensifique la formación y sensibilización a las tres líneas de defensa para elevar la cultura institucional del riesgo.

Este informe se emite con independencia técnica, en concordancia con los principios del MIPG y la Guía de Gestión Integral del Riesgo, y busca contribuir al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la entidad.

8. Conclusión:

Del análisis realizado por la Oficina de Control Interno sobre los riesgos materializados reportados durante el segundo trimestre de 2025, se concluye lo siguiente:

- Las áreas responsables sí ejecutaron acciones reactivas o de contención frente a los eventos ocurridos, lo que evidencia compromiso con la atención inmediata. Sin embargo, dichas acciones no estuvieron acompañadas en su mayoría por rediseños estructurados de los controles, ni por una gestión anticipativa que permitiera evitar la recurrencia.

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

- El 85.7% de los riesgos persiste sin solución estructural definitiva, lo que refleja debilidades tanto en la primera línea (operativa) como en la segunda línea (acompañamiento técnico y seguimiento).
- La evaluación técnica de los controles reveló que, en la mayoría de los casos, estos fueron inexistentes, parciales, mal ejecutados o ineficaces, lo cual facilitó la materialización de eventos con impacto financiero, documental, operativo o reputacional.
- Esta situación indica que la entidad cuenta con una madurez institucional intermedia en materia de gestión del riesgo, donde aún predominan esquemas correctivos sobre esquemas preventivos, y la actualización de matrices de riesgo no se realiza de manera sistemática tras los eventos.

Por tanto, Control Interno recomienda:

- Fortalecer el liderazgo institucional en torno a la cultura del riesgo.
- Solicitar a cada proceso responsable la actualización de sus matrices con valoración post-evento.
- Asegurar el rediseño formal de los controles fallidos o inexistentes.
- Instruir desde la Oficina de Planeación a los líderes de áreas para actualizar el mapa institucional con base en los eventos materializados y realizar seguimiento activo a la implementación de medidas correctivas.

Esta conclusión se emite con independencia técnica, como parte del ejercicio de evaluación previsto en el Decreto 648 de 2017, y tiene como finalidad contribuir al mejoramiento del Sistema de Control Interno de la E.S.E.



Marta Ramos Paternina
Jefe de Control interno de Gestión



Alejandro Vargas
Contratista Apoyo control interno