

EVALUACION INDEPENDIENTE DE RIESGOS I TRIMESTRE 2026

Equipo oficina de Control Interno de Gestión
Jefe de oficina: Marta Ramos Paternina
Contratista Apoyo: Alejandro Vargas
Correo oficina: Controlinterno@esesanjeronimo.gov.co

HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA

Abril- 2026.

Evaluación Independiente del control interno de Gestión 2026

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

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN FRENTE A LOS RIESGOS MATERIALIZADOS, EN EL MARCO DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA

1. Objeto

Evaluar, desde el rol de la Oficina de Control Interno, la gestión realizada frente a los riesgos materializados reportados por la Oficina de Planeación y Calidad, mediante verificación en campo a las áreas involucradas, de conformidad con la Política de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Jerónimo, la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 de Función Pública y el esquema de líneas de defensa.

2. Alcance

La presente evaluación comprendió los riesgos materializados reportados en los siguientes procesos o áreas:

- Banco de Sangre.
- Contabilidad.
- Facturación.
- Servicios Farmacéuticos.
- SIAU.

Asimismo, se tomó como base el informe consolidado de riesgos materializados elaborado por Planeación y Calidad, en el cual se relacionan los eventos reportados por las áreas y se advierten debilidades en identificación previa, calidad del análisis, oportunidad de reporte y suficiencia de las acciones implementadas.

3. Rol de la Oficina de Control Interno

La presente actuación se desarrolla en el marco del rol que corresponde a la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, esto es, desde la función de evaluación independiente, seguimiento y verificación, sin sustituir a los líderes de proceso en la administración del riesgo ni a la segunda línea en el acompañamiento metodológico, monitoreo y consolidación de la información institucional. La Guía de Función Pública ubica la gestión del riesgo dentro del MIPG y del MECl, y establece que el seguimiento, monitoreo, revisión y evaluación deben articularse bajo el esquema de líneas de defensa.

En igual sentido, la Política de Administración del Riesgo adoptada por la entidad define el marco institucional para la gestión integral del riesgo, su tratamiento, seguimiento y evaluación,

así como la responsabilidad de los procesos frente a la administración del riesgo y la articulación con las instancias de control.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno efectuó visitas a las áreas con el fin de contrastar lo reportado por Planeación y Calidad con la evidencia existente en cada proceso, verificando:

- identificación del evento,
- inclusión del riesgo en la matriz,
- análisis de causa raíz,
- identificación del impacto,
- existencia y efectividad de controles,
- reporte oportuno,
- acciones inmediatas y correctivas,
- responsables,
- soportes,
- actualización de matriz,
- seguimiento,
- y medidas de prevención de recurrencia.

4. Marco normativo y técnico

La presente evaluación se sustenta en el siguiente marco normativo y técnico:

1. Resolución No. 045 de 2026, mediante la cual la E.S.E. Hospital San Jerónimo actualiza la Política de Administración del Riesgo, estableciendo el marco institucional para la identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo, seguimiento y evaluación de los riesgos.
2. Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, 2025, del Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual define la estructura metodológica general para la gestión integral del riesgo, articula el riesgo con el MIPG, desarrolla el esquema de líneas de defensa y fija lineamientos para seguimiento, monitoreo, revisión, indicadores y mejora.
3. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en su articulación con la gestión del riesgo y la dimensión de Control Interno, conforme a lo desarrollado en la Guía v7.

4. Modelo Estándar de Control Interno – MECI, bajo el esquema de líneas de defensa, en el cual la primera línea administra el riesgo, la segunda línea orienta metodológicamente y realiza monitoreo, y la tercera línea evalúa independientemente la efectividad de los controles y la gestión del riesgo.
5. Ley 2195 de 2022, citada en la Guía v7 como parte del marco que fortalece la administración del riesgo y la lucha contra la corrupción en entidades públicas.
6. Decreto 1122 de 2024, referido en la Guía v7 en relación con los Programas de Transparencia y Ética Pública y su articulación con la gestión del riesgo.
7. Ley 610 de 2000, en cuanto al daño patrimonial al Estado y su relación con la gestión preventiva del riesgo fiscal, desarrollada en la Guía y en el documento complementario de riesgo fiscal.
8. Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6, 2022, como referente complementario para política, identificación, valoración, diseño de controles, monitoreo y riesgo fiscal.

En este marco, la Oficina de Control Interno desarrolló la presente evaluación desde su rol de tercera línea de defensa, limitado a la verificación, seguimiento y evaluación independiente, sin sustituir a los líderes de proceso en la administración del riesgo ni a la segunda línea en su función metodológica.

5. Metodología

La evaluación se desarrolló en dos fases:

5.1. Revisión documental

Se analizó el informe consolidado de riesgos materializados presentado por Planeación y Calidad, el cual da cuenta de los eventos reportados por las áreas, su clasificación general y algunas acciones señaladas por los procesos.

5.2. Verificación en campo

La Oficina de Control Interno realizó visitas a cada una de las áreas con riesgo materializado, utilizando formatos de visita y verificación para revisar cada evento reportado y contrastarlo con soportes, responsables y evidencias del proceso.

Esta metodología permitió pasar de una lectura preliminar del informe consolidado a una valoración independiente basada en evidencia de campo, acorde con el rol de evaluación y seguimiento propio de la Oficina de Control Interno.

6. Resultados de la evaluación

6.1. Banco de Sangre: Riesgo materializado: Inundación o ingreso de agua en el área.

El informe de Planeación y Calidad reportó este evento como uno de los riesgos materializados con debilidades en el tratamiento y en la oportunidad de respuesta. La visita de la Oficina de Control Interno confirmó la ocurrencia del evento y su impacto operativo, evidenciándose suspensión temporal de la atención a donantes por espacio de tres horas con el fin de evitar una contingencia con redes eléctricas y estabilizadores.

La verificación permitió establecer que:

- El riesgo no se encontraba incorporado en la matriz vigente del proceso.
- No existían controles locativos o de contingencia formalmente definidos.
- El análisis de causa raíz fue solo parcial y verbal, informado al ingeniero de infraestructura y al profesional de SSGT
- No se evidenció reporte oportuno
- Las acciones adoptadas fueron de contención básica posterior al evento, mediante barreras físicas improvisadas.
- No se verificaron acciones correctivas estructuradas, responsables definidos, seguimiento ni medidas de prevención de recurrencia.

Si bien en el formato de visita se reporta actualización de la matriz, no se evidencian en el acta elementos suficientes para establecer el alcance del ajuste realizado, por lo cual se recomienda solicitar el soporte documental correspondiente, así como la verificación de los controles y responsables incorporados después del evento.

Análisis de Control Interno: La visita confirma que el proceso reaccionó frente al hecho, pero no evidencia una gestión integral del riesgo. La materialización obedeció a una exposición no tratada adecuadamente en la matriz, sin controles preventivos definidos ni acciones posteriores suficientes. Lo verificado ratifica y amplía las debilidades advertidas en el informe de Planeación y Calidad.

Sugerencia de Control Interno: Se sugiere incorporar formalmente este riesgo en la matriz del proceso con control locativo específico, responsables definidos, seguimiento verificable y articulación con Infraestructura y SSGT para la adopción de medidas permanentes de mitigación.

6.2. Contabilidad: Riesgo materializado: Falta de reconocimiento contable oportuno de retención en la fuente en pagos.

El informe de Planeación y Calidad reportó este evento por su incidencia en la razonabilidad de la información financiera.



La visita de la Oficina de Control Interno confirmó que el hecho fue detectado, que se solicitaron soportes, que se informó al área de Calidad y que la corrección contable se realizó en el mes siguiente, con soportes como documentos de pago, comprobantes de egreso, conciliación bancaria y correo informativo.

No obstante, la verificación en campo mostró que:

- El riesgo no está tratado de manera específica en la matriz del proceso, sino asociado de forma general al “reconocimiento inadecuado de hechos económicos”
- No se evidenció análisis de causa raíz estructurado
- No se verificaron controles eficaces en la fuente del evento
- No existen acciones correctivas, responsables, actualización de matriz ni seguimiento posterior claramente documentados.

Lo más relevante es que el propio resultado de la visita señala que el hecho tiene relación directa con Tesorería, área donde se origina la omisión en el reconocimiento de registros por pagos realizados. La observación general del formato recomienda expresamente que la verificación sea compartida con dicha área.

Análisis de Control Interno: La visita confirma que Contabilidad actuó como área que detectó y corrigió el efecto; no obstante, permite advertir que la causa del hecho tendría origen en Tesorería, por lo que se recomienda ampliar la revisión a dicho proceso, sin perjuicio del análisis efectuado sobre Contabilidad por su impacto en la información financiera.

Sugerencia de Control Interno: Se sugiere ampliar la verificación al proceso de Tesorería, revisar la matriz de dicho proceso, definir controles previos sobre pagos y registros, y fortalecer la articulación entre Tesorería y Contabilidad para que la causa no se trate únicamente desde el efecto reflejado en los estados financieros.

6.3. Facturación: Riesgo materializado: Falta de soporte ADRES.

El informe de Planeación y Calidad reportó este caso como uno de los eventos con incidencia sobre el flujo de recursos institucionales. La visita de la Oficina de Control Interno verificó que el riesgo se encuentra identificado en la matriz del proceso y que fue tratado como riesgo externo, requiriendo articulación con Jurídica, Cartera, Devoluciones y la Subgerencia Administrativa y Financiera.

Se verificó que:

- El riesgo está incluido en la matriz
- La causa fue identificada como la no expedición del certificado de agotamiento por parte de las aseguradoras
- El impacto sobre la radicación y el flujo de recursos fue reconocido
- Existen controles de gestión, requerimientos y reclamaciones con terceros
- Se reportó oportunamente y se escaló a la instancia correspondiente



- Se definieron acciones correctivas, responsables, soportes, actualización de matriz y seguimiento posterior.

La principal debilidad se ubica en la efectividad del control, calificada como “No”, debido a que el proceso no puede prevenir totalmente una situación que depende de terceros y se manifiesta en fase de radicación.

Análisis de Control Interno: La visita permite concluir que el proceso muestra una gestión adecuada del riesgo externo, con trazabilidad, articulación interáreas y acciones de seguimiento. La materialización del evento no obedece a ausencia de gestión, sino a una limitación estructural del control frente a la dependencia de terceros.

Sugerencia de Control Interno: Se sugiere mantener el seguimiento interáreas y fortalecer la trazabilidad documental y el escalamiento oportuno, incorporando mediciones periódicas que permitan valorar tiempos de respuesta de las aseguradoras y exposición residual del proceso.

6.4. Servicios Farmacéuticos: Riesgo materializado: Desabastecimiento.

El informe de Planeación y Calidad reportó este riesgo como materializado durante el periodo evaluado. La visita de la Oficina de Control Interno evidenció una gestión estructurada del riesgo, verificándose que el proceso lo tiene incorporado en la matriz 2026, realizó análisis de causa, formuló plan de mejora y dispone de controles definidos mediante matriz de máximos y mínimos y seguimiento al punto de reposición.

Igualmente se constató que:

- El evento fue documentado
- El impacto sobre la continuidad del servicio fue reconocido
- Existían controles previos y el área los venía aplicando
- Se reportó oportunamente
- Se adoptaron acciones inmediatas, correctivas y seguimiento posterior
- Existe evidencia documental, responsables definidos y prevención de recurrencia.

Análisis de Control Interno: La visita muestra que el riesgo efectivamente se materializó; sin embargo, el proceso presenta un nivel adecuado de madurez en su administración. La existencia de controles, plan de mejora, seguimiento y soportes demuestra que, pese a la ocurrencia del evento, existió capacidad de respuesta y trazabilidad posterior.

Sugerencia de Control Interno: Se sugiere mantener esta práctica como referente institucional, especialmente en lo relativo al uso de la matriz de máximos y mínimos, el seguimiento a pedidos y la formalización del plan de mejora como instrumento de tratamiento del riesgo.

6.5. SIAU: Riesgo materializado: Inasistencia y reprogramación del comité.

Evaluación Independiente del control interno de Gestión 2026



El informe de Planeación y Calidad reportó este evento como riesgo materializado asociado al funcionamiento del comité, precisando que, aunque el riesgo se encontraba identificado en la matriz del proceso, el reporte no se efectuó oportunamente al momento de ocurrencia del hecho, sino posteriormente en el marco del ejercicio de encuesta y seguimiento institucional. La visita realizada por la Oficina de Control Interno permitió verificar que el riesgo está incluido en el mapa de riesgos 2026, que el evento fue documentado y que el comité finalmente se realizó el 30 de marzo de 2026, luego de varias reprogramaciones.

Se verificó igualmente que:

- El área identificó causas relacionadas con comunicación insuficiente y falta de disposición de algunos integrantes;
- El impacto se encuentra identificado en el mapa de riesgos;
- Existían controles de convocatoria y reprogramación;
- El evento fue finalmente informado al área de Calidad dentro del ejercicio de encuesta de materialización, aunque no de forma oportuna en el momento de ocurrencia;
- Se implementaron acciones inmediatas y correctivas;
- Se ajustó el POA del proceso y se adoptaron medidas adicionales como convocatorias con mayor anticipación y mensajes por WhatsApp.

No obstante, el hecho de que el comité no se realizara en la primera oportunidad evidencia que, aunque el control existía, no fue plenamente eficaz en su momento inicial. La respuesta posterior fue adecuada, pero el evento demuestra una oportunidad de fortalecimiento tanto en el control previo de convocatoria y confirmación, como en la oportunidad del reporte del hecho materializado.

Análisis de Control Interno: La visita confirma una gestión posterior favorable del evento, con capacidad de corrección y ajuste; sin embargo, persiste debilidad en la eficacia inicial del control de oportunidad y en el reporte oportuno del hecho, dado que su comunicación al área de Calidad se efectuó posteriormente dentro del ejercicio de encuesta de materialización y no en el momento mismo de su ocurrencia. Por ello, el análisis no debe limitarse al cumplimiento posterior, sino incluir la necesidad de fortalecer el control previo y la trazabilidad del reporte para evitar nuevas reprogramaciones y mejorar la oportunidad de información institucional.

Sugerencia de Control Interno: Se sugiere formalizar en la matriz del proceso el refuerzo de controles de convocatoria, confirmación previa, trazabilidad de asistencia y mecanismos alternos de notificación, así como fortalecer el reporte oportuno del evento materializado al área correspondiente, con el fin de disminuir la probabilidad de recurrencia y mejorar la oportunidad del seguimiento institucional.

7. Conclusión general

Con base en el informe consolidado de Planeación y Calidad y en las visitas efectuadas por la Oficina de Control Interno a las áreas, se concluye que la gestión de los riesgos materializados evaluados presenta comportamientos diferenciados por proceso.

La verificación adelantada por la Oficina de Control Interno confirma, en términos generales, las debilidades advertidas por Planeación y Calidad en materia de formalización de riesgos, suficiencia de controles, oportunidad del reporte y estructuración de acciones de mejora, con resultados diferenciados según el proceso evaluado.

La verificación en campo permitió a la Oficina de Control Interno ejercer su rol propio de tercera línea de defensa, pasando de una lectura preliminar del reporte consolidado a una valoración independiente soportada en evidencia. Esta actuación confirmó debilidades materiales en Banco de Sangre, identificó la necesidad de ampliar el análisis a Tesorería en el caso de Contabilidad, verificó una gestión adecuada en Facturación frente a un riesgo externo, evidenció madurez en Servicios Farmacéuticos y constató en SIAU una respuesta posterior adecuada con oportunidad de mejora en el control inicial.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno considera que la materialización del riesgo no debe analizarse únicamente desde la ocurrencia del evento, sino desde la existencia, suficiencia y efectividad de los controles, la respuesta del proceso, la actualización de la matriz y la capacidad para prevenir recurrencias, de conformidad con la Política institucional y la Guía de Función Pública.

8. Sugerencias generales de Control Interno

En ejercicio del rol de evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, se formulan las siguientes sugerencias:

1. Fortalecer la articulación entre primera y segunda línea de defensa, de modo que la materialización del riesgo derive efectivamente en actualización de matrices, controles, responsables y seguimiento verificable.
2. Formalizar el análisis de causa raíz en todos los procesos, evitando que la respuesta institucional se soporte únicamente en explicaciones verbales o generales.
3. Documentar integralmente las acciones correctivas y de mejora, con responsables, plazos, seguimiento y evidencia de cierre, particularmente en Banco de Sangre y en el caso que involucra a Tesorería.
4. Ampliar la verificación del riesgo asociado a Contabilidad al proceso de Tesorería, por tratarse del área fuente del hecho reportado.
5. Mantener y fortalecer las prácticas de seguimiento evidenciadas en Servicios Farmacéuticos y Facturación, dada su utilidad como referente institucional de control y trazabilidad.

Evaluación Independiente del control interno de Gestión 2026



6. Reforzar en SIAU los controles previos de convocatoria y confirmación de asistencia, para mejorar la oportunidad del comité y reducir reprogramaciones.
7. Implementar controles locativos y de contingencia estructurados en Banco de Sangre, con apoyo de Infraestructura y SSGT, que incluyan seguimiento y evidencia formal de las medidas adoptadas.

Elaboro: 
Marta Ramos Paternina
Jefe control interno de Gestión.

Proyecto: 
Alejandro Vargas