# INFORME SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DEL RIESGO SEGUNDO CUATRIMESTRE VIGENCIA 2.026

## INTRODUCCIÓN

La oficina Asesora de Control Interno del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, desde su Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo y con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, indicando que las oficinas de Control Interno deben revisar la Efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves, directriz acogida por la Entidad en el procedimiento de seguimiento y evaluación de riesgos (C-CI-CI-PR-05) de fecha 06 de mayo de 2025.

El subproceso de Planeación Institucional adelantó mesas de trabajo con los líderes de cada uno de los procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. para implementar la metodología de la Guia para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7. y el diseño de controles en entidades públicas, definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

La oficina Asesora de Control Interno es esencial para ayudar a identificar, evaluar y gestionar proactivamente los riesgos a los que se enfrenta el Hospital. Su trabajo contribuye a mejorar la eficacia operativa, proteger los recursos y fomentar la transparencia y la rendición de cuentas en el sector público.

Por lo anterior, este informe presenta la evaluación de la gestión realizada por la Oficina de Control Interno a los riesgos definidos en la matriz de riesgos (riesgos de gestión, fraude interno (corrupción), y fiscal) y a las acciones definidas (controles) para su mitigación en el Segundo Cuatrimestre de 2.026.

## 1. NORMATIVIDAD

Decreto 648 del 19 de abril de 2017, artículo 17 que modifica el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, donde se definen los Roles que deben cumplir las oficinas de Control Interno de Gestión.

Ley 87 del 29 de Noviembre de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000 de 2009 Gestión del Riesgo, Principios y Directrices.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, donde se definen los Roles que deben cumplir las oficinas de Control Interno de Gestión.

Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas-versión 6. noviembre 2022, del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Programa de Gestión del Riesgo (E-DO-GR-PG-01) – SGI ALMERA.

Procedimiento de seguimiento y evaluación de riesgos (C-CI-CI-PR-05).

Acuerdo N° 12 de 2024, Política institucional y el sistema integrado de Gestión del Riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E conformado por subsistemas adscritos al mismo.

## 2. OBJETIVO

Evaluar la gestión del riesgo en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. a través de la validación de la metodología para la formulación del riesgo y el diseño de controles de cada uno de los riesgos identificados en los procesos y/o subprocesos de la Entidad.

## 3. ALCANCE

El seguimiento y evaluación de gestión del riesgo aplica para todos los procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. El presente informe abarca la validación de la metodología para la identificación de riesgos y diseño de controles, de los riesgos consolidados en la matriz de riesgos del Hospital en el SGI ALMERA.

## METODOLOGIA

La metodología para revisión, análisis y evaluación de la gestión del riesgo en el presente cuatrimestre se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Solicitud al subproceso de planeación institucional la matriz de riesgos.
2. Verificación de matriz de riesgos en el SGI – ALMERA – módulo riesgos.
3. Cronograma seguimiento y evaluación de la gestión de riesgos, Segundo Cuatrimestre – Vigencia 2.026.
4. Evaluación de la identificación de riesgos y diseño de controles con referencia a la metodología para la administración de riesgos de gestión, fraude interno (corrupción), y fiscal.
5. Formular las correspondientes recomendaciones para adoptar acciones de mejora.
6. La calificación fue realizada mediante el formato evaluación de la gestión de riesgos en el segundo cuatrimestre (C-CI-CI-FT-12).

Para la evaluación correspondiente al segundo cuatrimestre de 2026, no se tuvo en cuenta la ejecución y efectividad de los controles para los riesgos identificados por los procesos y/o

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

subprocesos, se realizó una calificación dependiendo de la estructura del riesgo, el diseño del control, la socialización de los riesgos al interior de cada uno de los procesos y la verificación de las evidencias de los controles, que estas se encuentren debidamente documentadas.

## 4. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN

El mapa de procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. esta distribuido en Procesos Estratégicos, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo y Procesos de Evaluación y Control. Revisando la matriz de riesgos el Hospital tiene identificado 116 riesgos para los 24 procesos de la Entidad. A continuación, se presenta la relación de riesgos (82 Riesgos a Evaluar) y controles de los 22 procesos evaluados con sus respectivos controles.

Tabla 1. Relación de Riesgos y Controles:

| ITEM | TABLA DE RIESGOS Y CONTROLES | | |
|---|---|---|---|
| | Proceso / Subproceso | N° De Riesgos | N° De Controles |
| 1 | Direccionamiento Estratégico | 3 | 3 |
| 2 | Desarrollo Organizacional | 3 | 3 |
| 3 | Gestión de Calidad | 5 | 5 |
| 4 | Atención al Usuario y Su Familia | 2 | 2 |
| 5 | Atención Ambulatoria | 4 | 4 |
| 6 | Atención Inmediata | 2 | 2 |
| 7 | Atención en Hospitalización | 3 | 3 |
| 8 | Atención en Imágenes Diagnosticas | 3 | 3 |
| 9 | Atención Integral y Prestación de Servicios | 5 | 5 |
| 10 | Atención en Laboratorio Clínico | 3 | 3 |
| 11 | Atención del servicio Farmacéutico | 2 | 2 |
| 12 | Docencia, Gestión del Conocimiento e Innovación | 2 | 2 |
| 13 | Atención Quirúrgica | 2 | 2 |
| 14 | Gestión del Talento Humano | 4 | 4 |
| 15 | Gestión Jurídica y Contractual | 4 | 4 |
| 16 | Gestion De La Informacion | 0 | 0 |

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | Gestión Financiera | 13 | 13 |
| 18 | Gestión Documental | 2 | 2 |
| 19 | Gestión de Recursos Físicos | 9 | 9 |
| 20 | Comunicaciones y Posicionamiento Institucional | 3 | 3 |
| 21 | Gestión de la Tecnología Biomédica | 5 | 5 |
| 22 | Control Interno de Gestión | 3 | 3 |
| TOTAL RIESGOS | | 82 | 82 |

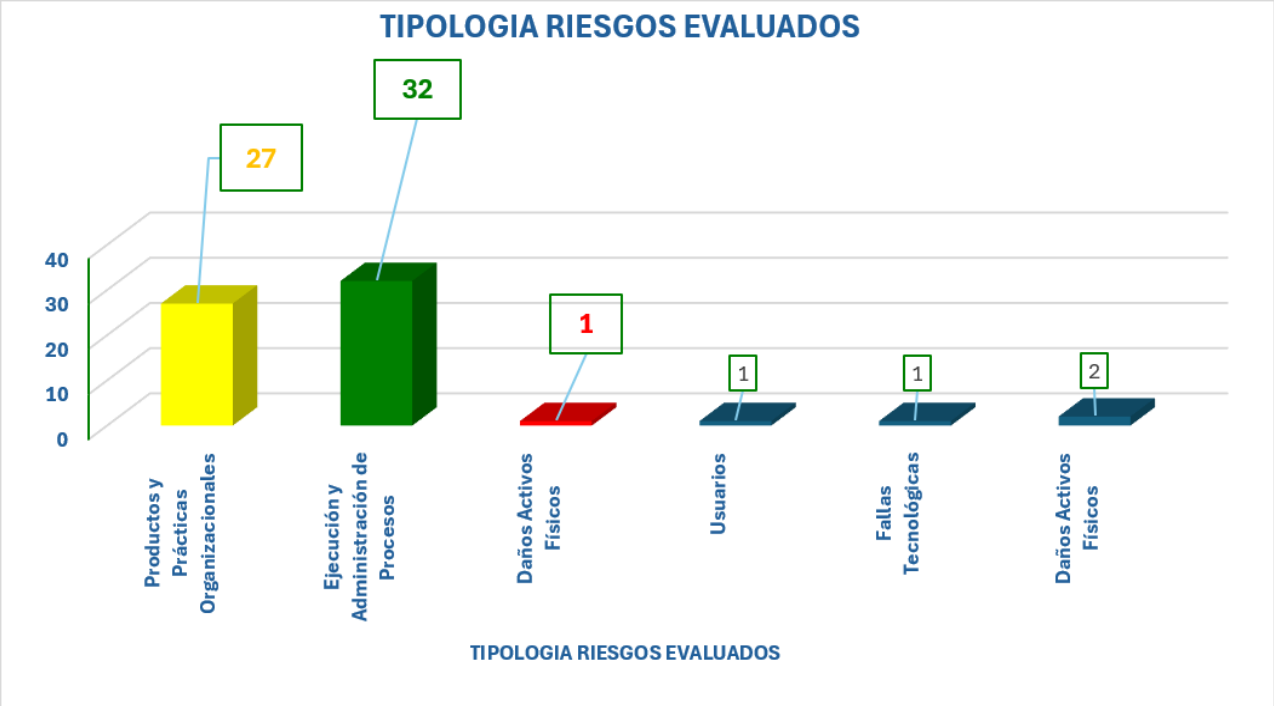
Fuente: Planeación Institucional - Mapa de Riesgos. Elaboración Propia.

En el mapa de riesgos se identificaron 82 riesgos y 82 controles.

**Tipología de Riesgos**

De acuerdo con los factores que puedan generar mayor afectación a las entidades públicas, según la Matriz de Riesgos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, (Plataforma Almera), se han clasificado en: Riesgo Operacional, Subsistema de Administración del **Riesgo de Corrupción**, la Opacidad y el Fraude – SICOF, Riesgo de Seguridad y Privacidad de la Información, Riesgo en Salud, identificándose en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. en la siguiente proporción:

Gráfica 1. Tipología de Riesgos Evaluados




Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

Según las cifras expuestas se evidencia que es muy relevante para la entidad la identificación de riesgos asociados a la gestión con un total para la vigencia 2026, de 82 riesgos según su tipología: Productos y Prácticas Organizacionales: **27**, Ejecución y Administración de Procesos: **32**, Daños Activos Físicos: **1**; Usuarios: **1**, Fallas Tecnológicas **1, Daños Activos Físicos: 1.**

### 4.1. RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y DISEÑO DE LOS CONTROLES.

**SEGUNDO CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026.**

Formato C-CI-CI-FT-12 Evaluación de la Gestión del Riesgo.

**Estructura del riesgo**

- Descripción del riesgo
- Descripción Del Control
- Clasificación de riesgos
- Identificación de riesgos
- Socialización de riesgos por parte del líder a su equipo de trabajo.

**Diseño del control**

- ¿Está asociado a la causa raíz como mínimo?
- Responsable
- Periodicidad
- Acción
- Complemento
- Evidencia documentada

**Rango De Calificación**

- Débil
- Moderado
- Fuerte

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

La Oficina de Control Interno de Gestión asignó un puntaje valorando el cumplimiento de los atributos mencionados anteriormente con base a lo establecido en la matriz de riesgos de la Entidad. El rango establecido para la evaluación independiente es el siguiente:

**CALIFICACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y DISEÑO DE LOS CONTROLES**

La evaluación realizada por el equipo de trabajo de la oficina de control interno es la siguiente:

Tabla 2. Calificación de los riesgos y controles evaluados.

| Rango de Calificación (%) | Categoría | Descripción | Acción Sugerida |
|---|---|---|---|
| 96 – 100% | Fuerte | El riesgo y sus controles están completamente definidos, implementados, socializados y cumplen a cabalidad con los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos. Se evidencia su aplicación y trazabilidad. | Mantener controles. Realizar mejora continua. |
| 86 – 95% | Moderado | El riesgo y sus controles están definidos y en proceso de implementación, aunque requieren ajustes menores. Existen evidencias parciales de aplicación. | Ajustar los aspectos señalados. Realizar seguimiento en siguiente evaluación. |
| 0 – 85% | Débil | Los controles presentan deficiencias en diseño, implementación o documentación. Se evidencia incumplimiento parcial o total de la guía metodológica o falta de aplicación práctica. | Revisión integral del riesgo. Ajuste urgente de controles. Formular plan de mejoramiento. |

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

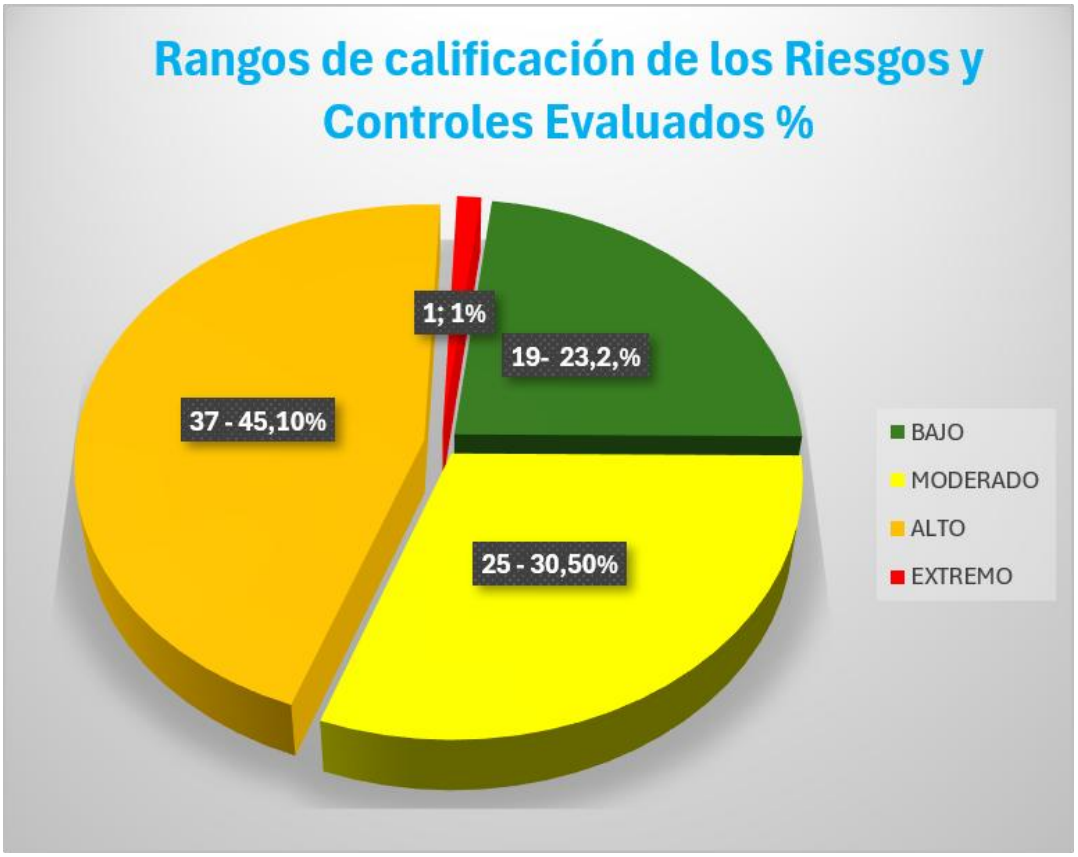
| ITEM | Proceso / Subproceso | N° De Riesgos | BAJO | MODERADO | ALTO | EXTREMO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Direccionamiento Estratégico | 3 | 1 | 2 | | |
| 2 | Desarrollo Organizacional | 3 | | 2 | | 1 |
| 3 | Gestión de Calidad | 5 | | 5 | | |
| 4 | Atención al Usuario y Su Familia | 2 | 2 | | | |
| 5 | Atención Ambulatoria | 4 | 2 | 2 | | |
| 6 | Atención Inmediata | 2 | 2 | | | |
| 7 | Atención en Hospitalización | 3 | | 2 | 1 | |
| 8 | Atención en Imágenes Diagnosticas | 3 | 1 | 2 | | |
| 9 | Atención Integral y Prestación de Servicios | 5 | 2 | 3 | | |
| 10 | Atención en Laboratorio Clínico | 3 | | | 3 | |
| 11 | Atención del servicio Farmacéutico | 2 | | | 2 | |
| 12 | Docencia, Gestión del Conocimiento e Innovación | 2 | 2 | | | |
| 13 | Atención Quirúrgica | 2 | | 2 | | |
| 14 | Gestión del Talento Humano | 4 | 2 | 1 | 1 | |
| 15 | Gestión Jurídica y Contractual | 4 | | | 4 | |
| 16 | Gestion De La Informacion | 0 | | | | |
| 17 | Gestión Financiera | 13 | | 2 | 11 | |
| 18 | Gestión Documental | 2 | | | 2 | |
| 19 | Gestión de Recursos Físicos | 9 | | 1 | 8 | |
| 20 | Comunicaciones y Posicionamiento Institucional | 3 | 3 | | | |
| 21 | Gestión de la Tecnología Biomédica | 5 | | | 5 | |
| 22 | Control Interno de Gestión | 3 | 2 | 1 | | |
| TOTAL RIESGOS | | 82 | 19 | 25 | 37 | 1 |


Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

Fuente: Elaboración Propia.

Teniendo en cuenta los 82 riesgos evaluados y sus controles diseñados para mitigar los riesgos de gestión, corrupción y fiscales, el **23.2%** tiene una calificación "Bajo", el **30.50%** tiene una calificación de "moderado" el **45.10%**, "Alto"; el **1.1%** Extremo Si el resultado de la evaluación es débil, la acción sugerida es formular plan de mejoramiento que permita mejorar la identificación de los riegos y el diseño de controles.

Gráfica 2. Rangos de calificación de los riesgos evaluados




Fuente: Elaboración Propia.

A continuación, se relacionan los procesos y/o subprocesos críticos según la evaluación realizada:

Tabla 4. Procesos y/o subprocesos con calificación crítica.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

| ITEM | Proceso / Subproceso | BAJO |
|---|---|---|
| 1 | Direccionamiento Estratégico | 1 |
| 4 | Atención al Usuario y Su Familia | 2 |
| 5 | Atención Ambulatoria | 2 |
| 6 | Atención Inmediata | 2 |
| 8 | Atención en Imágenes Diagnosticas | 1 |
| 9 | Atención Integral y Prestación de Servicios | 2 |
| 12 | Docencia, Gestión del Conocimiento e Innovación | 2 |
| 14 | Gestión del Talento Humano | 2 |
| 20 | Comunicaciones y Posicionamiento Institucional | 3 |
| 22 | Control Interno de Gestión | 2 |
| TOTAL RIESGOS | | 19 |

| ITEM | Proceso / Subproceso | MODERADO |
|---|---|---|
| 1 | Direccionamiento Estratégico | 2 |
| 2 | Desarrollo Organizacional | 2 |
| 3 | Gestión de Calidad | 5 |
| 5 | Atención Ambulatoria | 2 |
| 7 | Atención en Hospitalización | 2 |
| 8 | Atención en Imágenes Diagnosticas | 2 |
| 9 | Atención Integral y Prestación de Servicios | 3 |
| 13 | Atención Quirúrgica | 2 |
| 14 | Gestión del Talento Humano | 1 |
| 17 | Gestión Financiera | 2 |
| 19 | Gestión de Recursos Físicos | 1 |
| 22 | Control Interno de Gestión | 1 |
| TOTAL RIESGOS | | 25 |

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

| ITEM | Proceso / Subproceso | ALTO |
|---|---|---|
| 7 | Atención en Hospitalización | 1 |
| 10 | Atención en Laboratorio Clínico | 3 |
| 11 | Atención del servicio Farmacéutico | 2 |
| 14 | Gestión del Talento Humano | 1 |
| 15 | Gestión Jurídica y Contractual | 4 |
| 17 | Gestión Financiera | 11 |
| 18 | Gestión Documental | 2 |
| 19 | Gestión de Recursos Físicos | 8 |
| 21 | Gestión de la Tecnología Biomédica | 5 |
| TOTAL RIESGOS | | 37 |

| ITEM | Proceso / Subproceso | EXTREMO |
|---|---|---|
| 2 | Desarrollo Organizacional | 1 |
| TOTAL RIESGOS | | 1 |

Fuente: Elaboración Propia.

**RIESGOS MATERIALIZADOS**

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno en el Segundo Cuatrimestre de la Vigencia 2026, **NO se evidencia materialización** de riesgos de: Productos y Prácticas Organizacionales, Ejecución y Administración de Procesos, Daños Activos Físicos, Usuarios, Fallas Tecnológicas, Daños Activos Físicos.

### 4.2. Valoración De Riesgos.

Teniendo en cuenta el análisis inicial de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y del impacto que se puede generar tanto a nivel patrimonial como reputacional en la matriz de riesgo del Hospital Regional De Sogamoso E.S.E. se realizó la calificación de los riesgos estableciendo el nivel de severidad de la afectación en las cuatro zonas de severidad definidas para el riesgo inherente.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

A continuación, se presenta que los riesgos identificados se encuentran ubicados por zona de color:

Tabla 5: Escala de Severidad Riesgo Inherente

| ZONA DE RIESGO | BAJO | MODERADO | ALTO | EXTREMO |
|---|---|---|---|---|
| Productos y Prácticas Organizacionales | 17 | 10 | | |
| Ejecución y Administración de Procesos | 3 | 13 | 35 | 1 |
| Daños Activos Físicos | 1 | | | |
| Usuarios | | 1 | | |
| Fallas Tecnológicas | | 1 | | |
| Daños Activos Físicos | | | 2 | |
| Riesgo Inherente | 21 | 25 | 35 | 1 |

Como se puede observar Enel análisis preliminar de los riesgos se concentran la gran mayoría en la zona: Baja, Moderada y Alta de la escala de severidad. Esto considerando que es la situación a la que esta expuesta la entidad sin la operación de los controles.

Tabla 6: Escala de Severidad Riesgo Residual

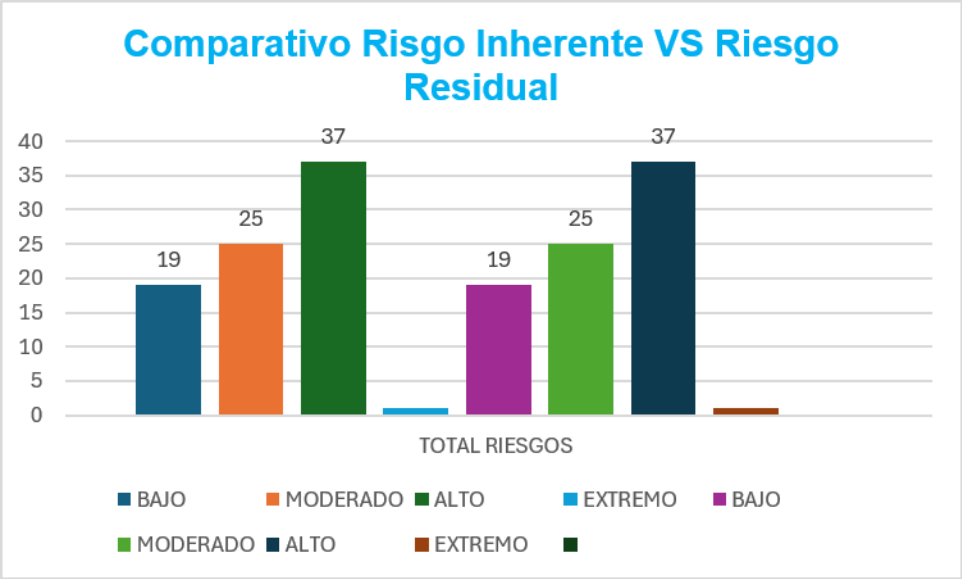
| ZONA DE RIESGO | BAJO | MODERADO | ALTO | EXTREMO |
|---|---|---|---|---|
| Productos y Prácticas Organizacionales | 17 | 10 | | |
| Ejecución y Administración de Procesos | 3 | 13 | 35 | 1 |
| Daños Activos Físicos | 1 | | | |
| Usuarios | | 1 | | |
| Fallas Tecnológicas | | 1 | | |
| Daños Activos Físicos | | | 2 | |
| Riesgo Inherente | 21 | 25 | 35 | 1 |

Es importante observar que los riesgos ubicados en la zona extrema y alta con la aplicación de controles logra reubicarse en la Zona, Moderada y Baja, disminuyendo la severidad de la afectación.

Para mayor comprensión se presenta gráficamente el Comparativo Riesgo Inherente Vs Riesgo Residual:

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

Grafica 4: Comparativo Riesgo Inherente Vs Riesgo Residual




**Monitoreo Segunda Línea de Defensa**

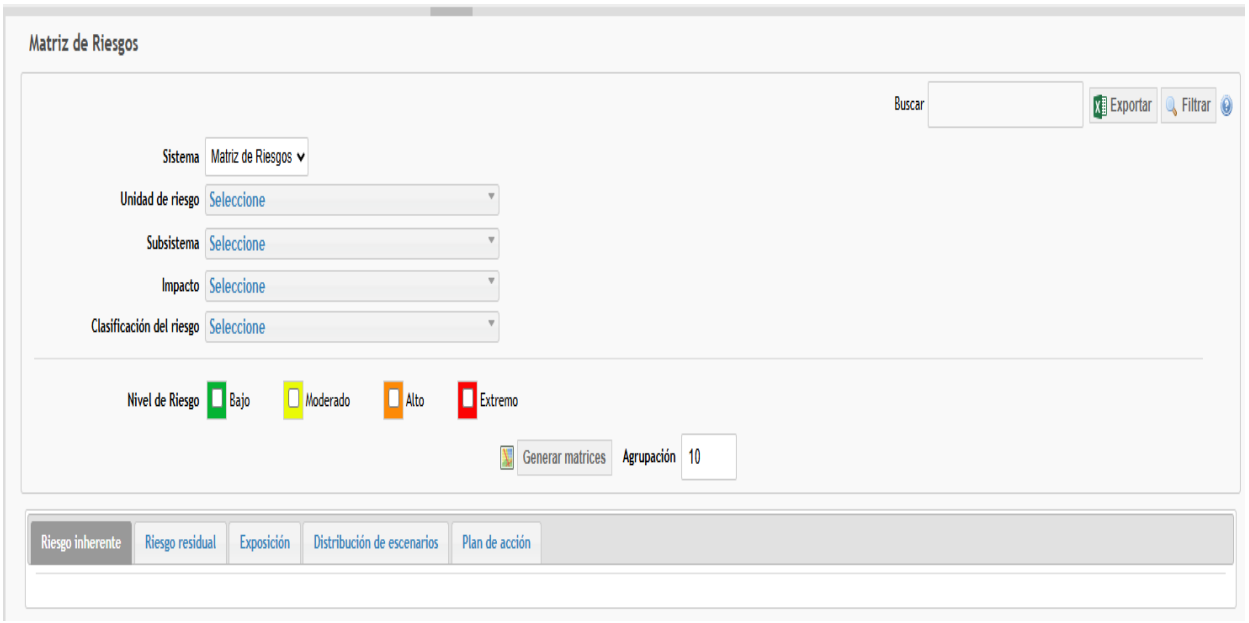
Teniendo en cuenta la Política institucional y el sistema integrado de gestión del riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E conformado por subsistemas adscritos al mismo, aprobada mediante el Acuerdo N° 12 del 06 de septiembre de 2024, el Subproceso de Planeación Institucional (Segunda línea de defensa) es el encargado de asegurar que los controles y procesos de gestión de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente y supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.

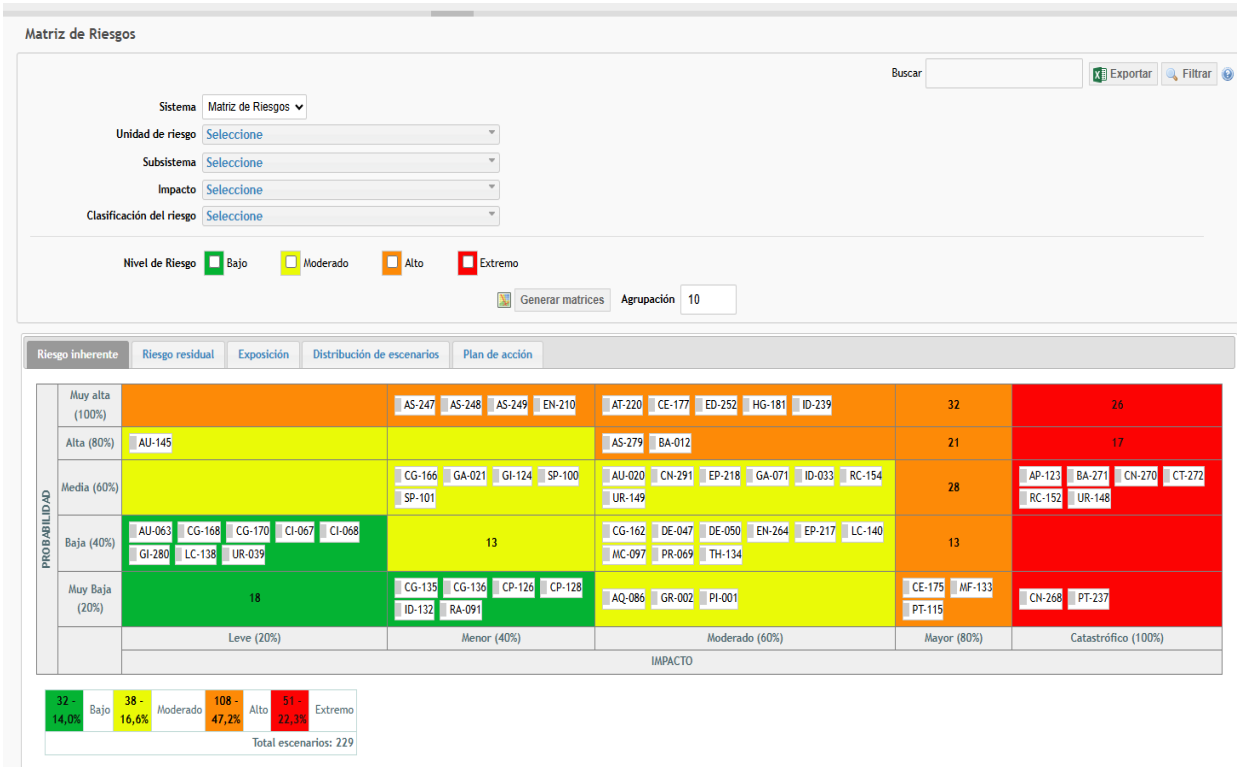
Una vez revisada la política en el artículo 12. Cronología – Monitoreo "Se adelantará por la segunda línea de defensa ***como mínimo una vez cada cuatrimestre***"

Adicionalmente, en el Programa de Gestión del Riesgo (E-DO-GR-PG-01) – SGI ALMERA, 5. Monitoreo de Riesgos se evidencia lo siguiente "A nivel institucional este proceso es apoyado ***de manera cuatrimestral*** por la oficina de planeación, con acompañamiento del proceso a cargo de cada uno de los riesgos."

Por otro lado, se evidencia que la matriz de riesgos de cada uno de los procesos y/o subprocesos de la Entidad se encuentran en el SGI – ALMERA, en el módulo de riesgos como se observa a continuación:

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad



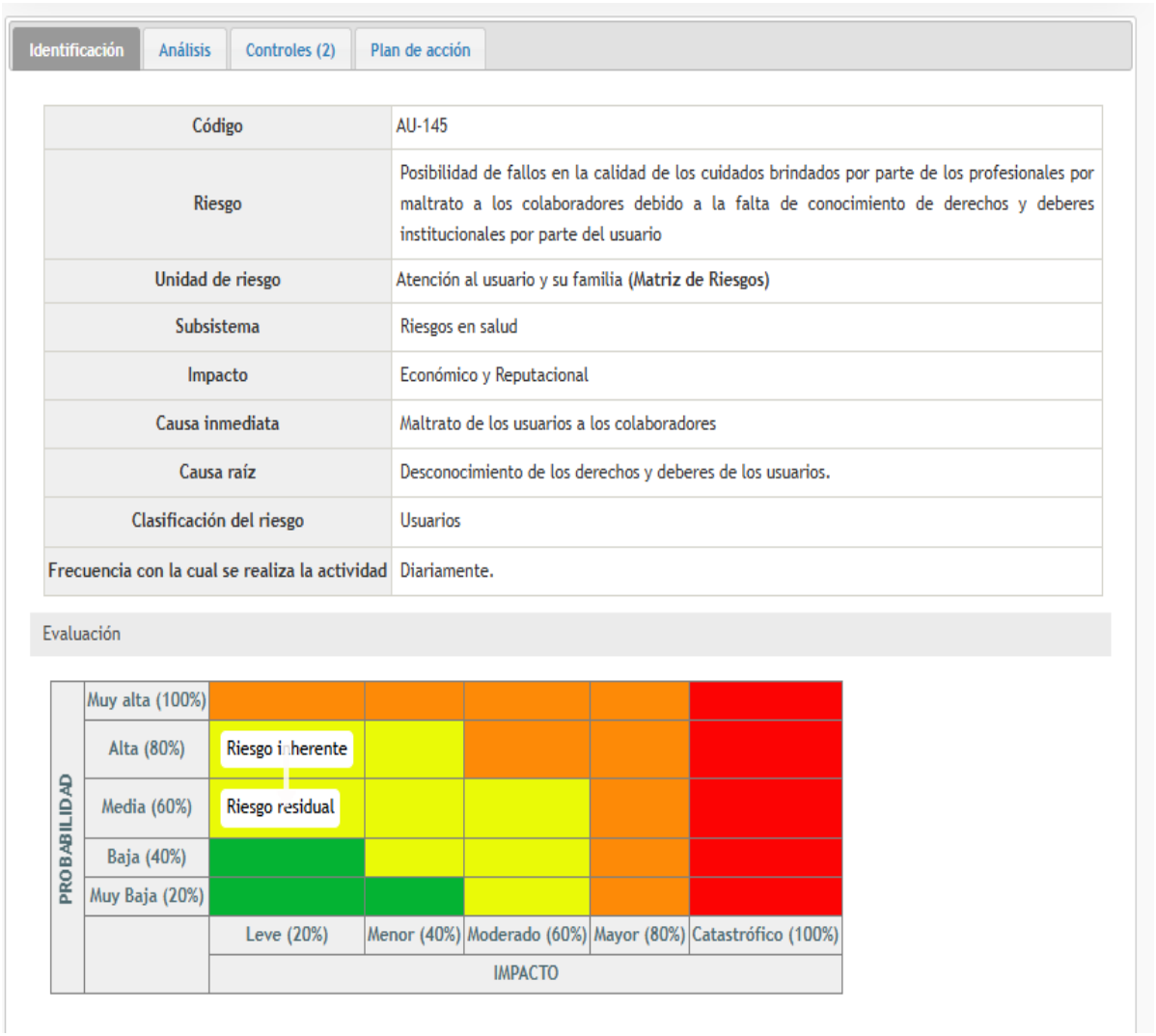





Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

Una vez verificada la matriz de riesgos en el SGI – ALMERA, se evidencia que tiene varias pestañas para su diligenciamiento:

- **Identificación del Riesgo**





Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

- **Identificación de controles**

**Identificación**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa | Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. | | |
| Riesgo | Posibilidad de fallos en la calidad de los cuidados brindados por parte de los profesionales por maltrato a los colaboradores debido a la falta de conocimiento de derechos y deberes institucionales por parte del usuario | | |
| Código (Control) | 389 | | |
| Nombre | La líder de la oficina de atención al usuario realiza reporte a las EPS de las novedades identificadas con usuarios demandantes o con conductas no humanizantes. | | |
| Clasificación | Correctivo | | |
| Mitiga Probabilidad | | Mitiga Impacto | ✔ |
| Responsable(s) de Aplicación | - Líder de Atención al Usuario (Atención al Usuario y su Familia) | | |
| Descripción | Desde la oficina de atención al usuario se realiza reporte de las situaciones en donde se identifican conductas no humanizantes por parte de los usuarios, tramite que se continua por parte de cada EAPB. | | |
| Evidencia del control | Reportes realizados vía correo electrónico. | | |
| Periodicidad del control | Acorde a necesidad. | | |
| Monitoreo | | | |
| Se cumplió con la ejecución y su periodicidad del control | Si | | |
| El control existe funciona | Si | | |
| Observación frente al control existente | PRIMER MONITOREO 2026: Es referido por parte de la líder de atención al usuario, se ha iniciado el reporte de cada caso a los responsables de las EAPB, reportes generados a partir de las notificaciones realizadas por parte de cada colaborador. | | |
| Materialización del riesgo | Desde el riesgo residual | | |

El equipo de trabajo de Control Interno, evidenció en la evaluación de riesgos y controles de los procesos y/o subprocesos del Hospital, que en algunos casos la casilla de descripción del control no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de Función Pública – DAFP: Responsable del control, periodicidad, actividad que se va a realizar para mitigar el control y evidencia documentada del control, pero en el SGI ALMERA, si se encuentran estos lineamientos desagregados y diligenciados.

También se logró evidenciar que se realizó identificación de matriz de riegos a los procesos y/o subprocesos de la entidad.


Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

**Seguimiento Tercera Línea de Defensa – Oficina Asesora Control Interno**

La oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento del Rol de Evaluación a la Gestión del Riesgo y sus responsabilidades como tercera línea de defensa, evaluó la matriz de riesgos suministrada por el proceso Planeación Institucional con corte a 01 de Septiembre de 2026, cumpliendo con la responsabilidad establecida en la política de administración de riesgos, evaluando la identificación de riesgos y el diseño de controles.

Adicionalmente, se verificó que la matriz de riesgos de la vigencia 2026 este publicada en la página web de la entidad, observándose que:

- Se encuentra el mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2026 publicado en el siguiente link:

www.hospitalsogamoso.gov.co/storage/uploads/planeacion/files/vHK95WhJYSmUtqRqgUjAE2HuB6aJQi1PK3gmz9au.pdf

**CONCLUSIONES**

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

Como resultado del análisis a la matriz de riesgos consolidada del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. la cual ha sido elaborada con el acompañamiento del Subproceso de Planeación Institucional y la participación activa de los líderes de cada uno de los Procesos y/o Subprocesos, el equipo de control interno considera pertinente señalar lo siguiente:

1. Una vez realizado el seguimiento, evaluación, revisión, calificación de los riesgos y controles, la calificación que nos arroja la evaluación según la respectiva categoría es la siguiente:

- Categoría: Fuerte, su rango esta entre 96 – 100 %
- Categoría: Moderada, su rango esta entre 86 – 95 %
- Categoría: Débil, su rango esta entre 0 – 55 %

2. Con base en la clasificación anterior el resultado de la evaluación realizada a los riegos y controles su clasificación fue:

    - Riesgos con calificación Fuerte: 100%

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

Lo anterior, permite evidenciar que, en torno al significativo número de riesgos con calificación **FUERTE** (100%), esto nos idéntica los controles completamente definidos, implementados, socializados, cumpliendo a cabalidad con los lineamientos de la Guia de Administración de Riesgos.

Se recomienda a los lideres de procesos y/o subprocesos quienes son los encargados de identificar los riesgos y definir sus controles, mantener los controles, realizando mejora continua y aplicando el Autocontrol, dando aplicabilidad al MIPG.

3. Para la mejora continua de los procesos y/o subprocesos, el equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno realizó recomendaciones a cada uno de los riesgos y controles identificados mediante el formato Evaluación de la gestión del riesgo en el Segundo Cuatrimestre (C-CI-CI-FT-12); es importante que estas recomendaciones sean evaluadas por cada líder de proceso determinando la pertinencia, así como los responsables de implementar las acciones para la mejora. Las recomendaciones detalladas para los riesgos y controles son enviadas por correo electrónico a cada proceso.

## 5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda actualizar la Política de Administración de Riesgos, considerando las orientaciones señaladas en la Guia de Administración del Riesgo y el diseño de controles en las entidades públicas. Guia para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7. de Agosto de 2025.

- Con el fin de garantizar la operatividad de la institucionalidad para la Administración del Riesgo se requiere capacitar a los lideres de procesos en gestión de Riesgos, dando aplicabilidad a la Guia para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7. de Agosto de 2025.

- Fomentar la cultura del autocontrol mediante el seguimiento a la implementación de acciones preventivas y correctivas para la gestión del riesgo en todos lo niveles de la institución.

- Revisar los cambios en el direccionamiento estratégico y como estos pueden generar nuevos riesgos o modificar lo que ya se tienen identificados.

- Finalmente, se destaca que durante el período objeto de monitoreo no se reportó la materialización de riesgos, situación que evidencia el compromiso de los procesos con la gestión preventiva del riesgo. Sin embargo, este resultado no debe interpretarse como un estado definitivo de control, sino como un insumo para fortalecer la mejora continua, consolidar una cultura de gestión del riesgo basada en la prevención y mantener el

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

monitoreo permanente de la efectividad de los controles, en concordancia con los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el Modelo Estándar de Control Interno y la Política Institucional de Gestión Integral del Riesgo.



**Elmer Ayala Mejia**
Asesor de Control Interno
Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad