



MEMORANDO

101 – 105

Florencia, 28 de agosto de 2026

PARA: VIVIANA MONCAYO CERÓN – Profesional Especializado Gestión de Calidad

DE: JAVIER OSWALDO RINCÓN MUÑOZ - Jefe Oficina Asesora de Planeación

ASUNTO: Informe de verificación de Riesgos SARLAFT, SICOF y PTEE - II Trimestre de 2026

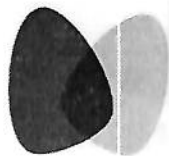
Cordial saludo,

En mi calidad de Oficial de Cumplimiento y en cumplimiento de las funciones asignadas, me permito presentar el informe correspondiente a la verificación de la gestión de riesgos asociados a los subsistemas SARLAFT, SICOF y PTEE, correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2026.

El propósito de este informe es evaluar la efectividad y el grado de cumplimiento de los controles establecidos, así como revisar las acciones de mitigación registradas en la matriz priorizada de riesgos SARLAFT-SICOF-PTEE, administrada por la Oficina de Gestión de Calidad en coordinación con el Profesional Universitario de Riesgos. Esta revisión se realiza de manera trimestral con el fin de asegurar que las medidas adoptadas sean adecuadas, pertinentes y contribuyan al fortalecimiento de la transparencia, la integridad y la gestión ética dentro de la entidad.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al segundo trimestre de 2026, donde se detalla el estado de cumplimiento de los controles y las observaciones identificadas para cada subsistema.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



RIESGOS IDENTIFICADOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT)

Riesgo No. 2: Posibilidad de que la entidad, a través de sus procesos operativos, contractuales, financieros o asistenciales, sea utilizada como vehículo para ocultar, legitimar o facilitar operaciones relacionadas con el Lavado de Activos y/o la Financiación del Terrorismo (LA/FT), comprometiendo su integridad institucional, como consecuencia de fallas en los controles de debida diligencia, monitoreo y análisis de operaciones, debido a una implementación deficiente del SARLAFT, debilidades en la cultura de cumplimiento y falta de articulación entre las áreas responsables de prevenir estos riesgos.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Fraude interno

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El Oficial de Cumplimiento realiza trimestralmente la verificación de la implementación de los procedimientos definidos en el Manual SARLAFT en las áreas de Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería, con el fin de asegurar su correcta aplicación y dejar constancia de los resultados obtenidos a través del informe trimestral de seguimiento al sistema SARLAFT y estableciendo planes de mejora ante las desviaciones encontradas.	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	- Informe de SARLAFT - Actas de seguimiento a las oficinas del riesgo - Soportes de capacitación/socialización - Plan de mejora cuando aplique	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Informe de Cumplimiento SARLAFT		01-04-2026 al 31-06-2026		

El Informe de Cumplimiento SARLAFT correspondiente al periodo del 01 de abril al 30 de junio de 2026 evidencia los avances en la implementación del SARLAFT dentro de las áreas consideradas vulnerables al riesgo de LA/FT en la institución, entre ellas Talento Humano, Contratación, Almacén General y Tesorería, corroborar que los procedimientos se estén utilizando conforme a lo establecido, lo cual constituye la ejecución y soporte de la acción de control.

RESULTADO: Se verifica la no materialización del riesgo, de acuerdo al cumplimiento del control.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

Riesgo No. 3: Posibilidad de que se presenten actos de tráfico de influencias dentro de la E.S.E., afectando la imparcialidad en la toma de decisiones administrativas, asistenciales o contractuales, como consecuencia de presiones internas o externas ejercidas por personas con poder o relaciones jerárquicas para favorecer intereses particulares, debido a la falta de controles efectivos contra conflictos de interés, ausencia de mecanismos de denuncia seguros y deficiencias en la cultura organizacional en materia de ética, integridad y transparencia.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Operativo
---------------------------------	-----------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Talento Humano socializa periódicamente el Código de Integridad a través de los diferentes medios de difusión institucional, con el fin de promover los valores éticos que orientan el comportamiento de los servidores públicos y fortalecer la cultura de integridad en la entidad.	TALENTO HUMANO	Acta de socialización Lista de asistencia [MC-F-03]	Trimestral
2	El área de Talento Humano con el apoyo del área de sistemas y / o comunicaciones implementan mensajes institucionales de sensibilización sobre la prevención de actos de corrupción, proyectados de manera continua a través de los protectores de pantalla de los equipos de cómputo institucionales, con el fin de fomentar una cultura organizacional basada en la ética, la transparencia y el rechazo a la corrupción.		Certificación donde se evidencie soporte de los mensuales de difusión realizados.	
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1				
Actas No. 15		28-05-2026		
Actas No. 18		26-06-2026		
Control 2				
Certificación		15-07-2026		

En cuanto al control 1, con las actas No. 15 y 18 del 2026, se socializa el Código de Integridad a los servidores, estudiantes y contratistas de la E.S.E. Hospital Departamental Maria Inmaculada, con el fin de continuar promoviendo los valores éticos de los servidores públicos, fortaleciendo a su vez la cultura de integridad en la Institución.

Acta No. 15 del 28 de mayo de 2026, y Acta No. 18 del 26 de junio de 2026.

Emitida por: Profesional Universitario de Talento Humano

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



Con la certificación se deja evidencia de la implementación de un (1) mensaje institucional en el cual se busca la sensibilización en los servidores públicos del Hospital Departamental María Inmaculada sobre la prevención de actos de corrupción, los cuales se han presentado a través de los protectores de pantalla de los equipos de cómputo institucionales, con el fin de fomentar una cultura organizacional basada en la ética, la transparencia y el rechazo a la corrupción.

Certificado de fecha 15-07-2026

Emitida por: Jefe de Oficina de Talento Humano

RESULTADO: Se verifica la no materialización del riesgo, de acuerdo al cumplimiento de los controles.

Riesgo No. 7: Posibilidad que la entidad sea objeto de sanciones legales, pérdida de credibilidad institucional o utilización como canal para operaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo, como consecuencia de un cumplimiento deficiente de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a falencias en la implementación efectiva del SARLAFT, escaso monitoreo por parte de los responsables del sistema y limitada apropiación del riesgo por parte del personal vinculado a los procesos críticos.	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Ejecución y Administración de procesos

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional jefe de Almacén verifica, antes de perfeccionar cada orden de compra, que las personas naturales o jurídicas involucradas no se encuentren relacionadas en listas restrictivas o vinculantes asociadas al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), con el fin de prevenir vínculos con actores ilícitos. En caso de detectar coincidencias, se suspende de inmediato el proceso de compra y se reporta a las instancias correspondientes para su análisis.	ALMACÉN GENERAL	Verificación en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT	Trimestral
2	El jefe de Almacén confronta la información diligenciada en los formularios de conocimiento del cliente, proveedor o contratista, recolectados en el marco del SARLAFT, con la información comercial y financiera contenida en los expedientes contractuales, con el fin de identificar inconsistencias o señales de alerta. La constancia de esta revisión se deja		Diligenciamiento y suscripción del formato [DE-F-27] Formato de conocimiento del proveedor, contratista y cliente	

Cindy Tatiana Vargas Toro

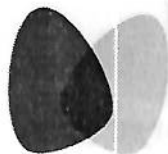
Gerente

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
	mediante la firma en el Formato de Conocimiento del Proveedor, Contratista y Cliente.		SARLAFT/FPADM-COF	
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1				
Verificación en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT:				
LEINER TRUJILLO		16-04-2026		
CELINA JIMENEZ MORALES		14-05-2026		
ANDRES CUELLAR MURCIA		26-05-2026		
DISTRI MEDICAL SOLUTIONS S.A.S		26-06-2026		
AXIOMED TECHNOLOGIES S.A.S.		30-06-2026		
Control 2				
Firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente [DE-F-27]:				
LEINER TRUJILLO		01-04-2026 al 30-06-2026		
CELINA JIMENEZ MORALES				
ANDRES CUELLAR MURCIA				
DISTRI MEDICAL SOLUTIONS S.A.S				
AXIOMED TECHNOLOGIES S.A.S.				

Con base en los formatos internos de la institución como el SARLAFT DE-F-27 diligenciados y en las consultas a listas restrictivas y vinculantes realizadas a través de tusdatos.co, correspondientes a los meses de abril, mayo y junio, se confirma que, durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026, se dio cumplimiento a los controles 1 y 2 asociados al riesgo.

RESULTADO: Se verifica la no materialización del riesgo, de acuerdo al cumplimiento del control.

Riesgo No. 10: Posibilidad que la entidad sea objeto de sanciones legales, fiscales o reputacionales, por el ingreso de recursos presuntamente vinculados con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como consecuencia del recaudo en efectivo por parte de



usuarios por concepto de servicios de salud, sin la debida validación del origen de los fondos, debido a deficiencias en la aplicación de los procedimientos de debida diligencia, ausencia de controles específicos para operaciones en efectivo y una implementación parcial del SARLAFT en los procesos de recaudo institucional.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Fallas Tecnológicas

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El jefe de Tesorería verifica la existencia de transacciones en efectivo realizadas por una misma persona natural o jurídica, que en un solo día sean iguales o superiores a cinco millones de pesos (\$5.000.000) M/CTE, o que en su conjunto mensual igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) M/CTE o su equivalente en otras monedas, con el fin de detectar operaciones inusuales que puedan representar riesgo de lavado de activos. El soporte de esta verificación se evidencia mediante las certificaciones expedidas por el área para la Oficina Asesora de Planeación.	TESORERÍA GENERAL	La verificación se soporta con las certificaciones expedidas por el área para la oficina de planeación.	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Certificados mensuales en los que se confirma que no se recibieron transacciones en efectivo sospechosas de acuerdo a las señales de alerta SARLAFT.		07 – 05 – 2026		
		02 – 06 – 2026		
		06 – 07 – 2026		

Con certificaciones de fecha 07-05-2026, 02-06-2026 y 06-07-2026, se deja constancia al Oficial de Cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de abril y 30 de junio de 2026, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad y la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Certificación de fecha 07-05-2026, 02-06-2026 y 06-07-2026.

Emitida por: Tesorera General

Tema de la certificación: Análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de abril y 30 de junio de 2026.

Una vez revisadas las certificaciones se evidencia que:

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente

- En los meses de abril, mayo y junio de 2026, no se recibieron transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (\$5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en los meses de abril, mayo y junio de 2026 que en su conjunto iguallen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) M/CTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a las políticas y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante los meses de abril, mayo y junio de 2026 que requieran se reportadas a la UIAF.
- Se evidencia como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

RESULTADO: Se verifica la no materialización del riesgo, de acuerdo al cumplimiento del control.

Riesgo No. 20: Posibilidad de que se vinculen colaboradores con antecedentes relacionados con el lavado de activos, financiación del terrorismo u otras actividades ilícitas, lo cual podría comprometer la integridad institucional, aumentar la exposición al riesgo legal y afectar la credibilidad de la entidad, como consecuencia de fallas en los procesos de selección, validación y seguimiento del personal vinculado, debido a la ausencia o aplicación deficiente de controles de conocimiento del colaborador, cruces con bases restrictivas y verificación de antecedentes judiciales, disciplinarios o financieros.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Ejecución y Administración de procesos

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica que el 100% de los contratos suscritos incluyan cláusulas de debida diligencia alineadas con los lineamientos del SARLAFT, con el fin de prevenir riesgos asociados al Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, y asegurar el cumplimiento del marco normativo vigente, la integridad contractual y la protección institucional frente a operaciones ilícitas.	CONTRATACIÓN	Contratos debidamente diligenciados.	Trimestral

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
2	El profesional universitario del área de Contratación realiza la verificación trimestral de antecedentes y procesos activos en la Fiscalía, Procuraduría, Contraloría y Policía y cruce en listas restrictivas, vinculantes y PEPs del personal vinculado. Este control incluye la validación técnica del correcto diligenciamiento del formato DE-F-27 (Conocimiento del Cliente, Proveedor y Contratista), con el fin de garantizar la debida diligencia y mitigar riesgos asociados a actividades ilícitas.		Formatos DE-F-27 debidamente diligenciados, consulta de listas restrictivas, vinculantes y PEPs. Registro del personal con antecedentes de procesos. (Se anexa verificación en Tusdatos.co)	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1 Certificación de 358 contratos suscritos durante el segundo trimestre de 2026		14-07-2026		
Control 2 Formatos DE-F-27 y consulta Tusdatos.co de los procesos contractuales: 00943 - INVERSIONES MEDICAS ARQUI 01050 - KAREN DAYANNA SANCHEZ HURTADO 01052 - DIANA VANESSA ALVIS CHILITO 01200 - ANGIE LORENA ARANGO MARIN 01201 - MARTHA LILIANA TRUJILLO 01222 - URIEL ALBEIRO VARGAS PORTEL 01223 - MARYURY SILVA VERA 00925 - MESSER COLOMBIA SA 01214 - GRUPO ONCOLOGICO SINA 01269 - MEDICALSUR3M ZOMAC SAS		06-04-2026 18-04-2026 24-04-2026 07-05-2026 08-05-2026 25-05-2026 12-05-2026 10-03-2026 16-04-2026 24-06-2026		

Con base en la certificación de los contratos realizados en el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026 y en la relación de contratos, correspondientes al cuadro anterior, se confirma que, se dio cumplimiento al control 1 asociado al riesgo.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



En cuanto al control 2, se evidencian los formatos SARLAFT y la verificación de antecedentes en la plataforma Tusdatos.co

RESULTADO: Una vez revisados los documentos soporte del control, se evidencia la no materialización del riesgo, dado que las medidas implementadas se ejecutaron de manera adecuada.

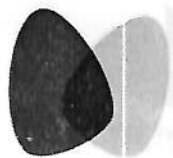
Riesgo No. 21: Posibilidad de que la entidad se vea expuesta a riesgos legales, financieros y reputacionales, al ser utilizada como medio para operaciones relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo, como consecuencia del cumplimiento deficiente de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a debilidades en la implementación del SARLAFT, la falta de seguimiento y control por parte de los responsables, y la baja apropiación del riesgo por parte del personal involucrado.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Ejecución y Administración de procesos

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica durante la etapa precontractual y antes del perfeccionamiento de cada contrato, que las personas naturales o jurídicas involucradas no se encuentren relacionadas en listas restrictivas o vinculantes asociadas al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT). Esta verificación se realiza a través de la plataforma TUSDATOS.CO o mediante las herramientas adoptadas por la entidad, con el fin de identificar posibles alertas y mitigar riesgos legales e institucionales. En caso de hallar coincidencias negativas, se procede a la suspensión inmediata del proceso contractual y se informa a las instancias competentes para su análisis y gestión del riesgo.	CONTRATACIÓN	Soporte de la Verificación en la plataforma TUS DATOS	Trimestral
2	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado coteja la información diligenciada en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT para cada cliente, proveedor o contratista, con la información comercial y financiera contenida en los expedientes contractuales, con el fin de identificar posibles inconsistencias o indicios de riesgo. La evidencia de esta revisión queda registrada mediante la firma en el		Certificación donde se corrobore que la información entregada es veraz, conforme a la relación del seguimiento de la publicación y rendición de contratos.	

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
	Formulario de Conocimiento del Proveedor, Contratista o Cliente.			
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1 Consultas en tusdatos:				
CPS N° 00943		06-04-2026		
CPS N° 01050		19-02-2026		
CPS N° 01052		18-04-2026		
CPS N° 01200		24-04-2026		
CPS N° 01201		07-05-2025		
CPS N° 01222		25-05-2026		
CPS N° 01223		12-05-2026		
CS N° 00925		27-02-2026		
CS N° 01214		06-05-2026		
CS N° 01269		24-06-2026		
Control 2 Formatos [DE-F-27] diligenciados de los contratos:				
CPS N° 00943		06-04-2026		
CPS N° 01050		18-04-2026		
CPS N° 01052		24-04-2026		
CPS N° 01200		07-05-2026		
CPS N° 01201		08-05-2026		
CPS N° 01222		25-05-2026		
CPS N° 01223		12-05-2026		
CS N° 00925		10-03-2026		

Cindy Tatiana Vargas Toro

GERENTE



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
	CS N° 01214		16-04-2026	
	CS N° 01269		24-06-2026	

Con base en los formatos DE-F-27 diligenciados y en las consultas a listas restrictivas y vinculantes realizadas a través de tusdatos.co, correspondientes al cuadro anterior, se confirma que, durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026, se dio cumplimiento a los controles 1 y 2 asociados al riesgo.

RESULTADO: Una vez revisados los documentos soporte de los controles, se evidencia la no materialización del riesgo, dado que las medidas implementadas se ejecutaron de manera adecuada.

RIESGOS IDENTIFICADOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF

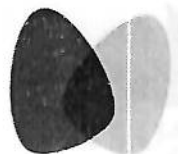
Riesgo No. 5: Posibilidad de que se utilice de forma indebida la información confidencial de la E.S.E. o se manipulen datos institucionales con fines personales o para beneficiar a terceros, lo cual puede comprometer la veracidad de la información, la transparencia en la gestión y la confianza de los actores internos y externos, como consecuencia de la apropiación no autorizada o distorsión de datos estratégicos, debido a la falta de controles eficaces sobre el acceso y uso de la información, ausencia de protocolos de confidencialidad y posibles incentivos o presiones externas que afectan la integridad de los funcionarios.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Fraude Interno
--------------------------	----------------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Talento Humano realiza capacitaciones semestrales al personal responsable sobre la custodia y manejo adecuado de la información, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los principios de confidencialidad, integridad y seguridad de los datos institucionales.	TALENTO HUMANO	Capacitación semestral en el manejo de la información de la E.S.E.	Trimestral
2	El área de Talento humano con el apoyo del área Contratación implementan acuerdos de confidencialidad con empleados, contratistas y terceros que intervienen en la ejecución de actividades institucionales, con el fin de proteger la información sensible y estratégica del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., prevenir su uso		Acuerdos de Confidencialidad debidamente diligenciados	

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
	indebido o divulgación no autorizada, y asegurar su tratamiento conforme a las normas legales vigentes sobre confidencialidad y protección de datos personales. Estos acuerdos hacen parte integral de los expedientes contractuales o laborales y constituyen una medida preventiva para mitigar riesgos asociados al acceso y manejo de información institucional.			
3	El área de Talento Humano capacita semestralmente a los colaboradores de la ESE al menos una vez al año en temas relacionados con la prevención de la corrupción, con el propósito de fortalecer la integridad institucional, promover conductas éticas y reducir el riesgo de prácticas indebidas en el ejercicio de sus funciones.		Acta de capacitación semestral en temas relacionados con la prevención de la corrupción.	
4	El área de Talento humano con el apoyo del área de Planeación convoca trimestralmente al Comité de Conducta y Buen Gobierno y socializa sus decisiones a los colaboradores involucrados en situaciones que puedan constituir faltas institucionales, con el fin de garantizar la transparencia de los procesos disciplinarios, fomentar la autorregulación y fortalecer la cultura de ética e integridad en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.		Acta del Comité de Conducta y buen Gobierno	
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1				
Actas No. 15		28-05-2026		
Actas No. 18		26-06-2026		
Control 2				
Certificado de acuerdos de Confidencialidad debidamente diligenciados		15-07-2026		
Control 3				
N/A		N/A		
Control 4				
Acta No. 06		28-05-2026		

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



Para el primer control, se evidencian las actas No. 15 y 18 de 2026, las cuales soportan la socialización de los principios institucionales con énfasis en el uso responsable de la comunicación y la seguridad de la información. En cuanto al segundo control, se verificó la certificación del 15 de julio de 2026, que confirma la suscripción de acuerdos de confidencialidad en la totalidad de los 729 contratos perfeccionados en el trimestre, así como el diligenciamiento del formato TH-F-115 por parte de los 5 nuevos servidores de planta. Respecto al tercer control, se dio cumplimiento a la meta anual establecida para la vigencia durante el primer trimestre. Finalmente, para el cuarto control, se validó el acta No. 6 del 28 de mayo de 2026 de la primera reunión del Comité de Conducta y Buen Gobierno.

RESULTADO: Se determina que no se materializó el riesgo asociado a la manipulación o uso indebido de la información confidencial de la E.S.E. durante el trimestre analizado.

Riesgo No. 6: Posibilidad de apoderamiento indebido o pérdida de equipos y accesorios biomédicos por parte del personal y/o usuarios, debido a deficiencias en los mecanismos de control sobre los activos fijos. La pérdida o ausencia de los mismos afecta la continuidad y calidad de la atención en los servicios de salud.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Económico
--------------------------	-----------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	Los profesionales del área de Biomédica realizan semanalmente la verificación del inventario y funcionamiento de los equipos biomédicos en los distintos servicios asistenciales, con el fin de corroborar su existencia y operatividad. En caso de detectar la ausencia o falla de algún equipo, se realiza el reporte inmediato al área de Recursos Físicos, la cual a su vez informa a Control Interno para su seguimiento. Esta actividad queda documentada en el formato RF-F-91: Rondas de Seguridad y de Control y Verificación de Equipos Biomédicos.	BIOMÉDICA	Certificación por parte del personal del área biomédica de la realización de las Rondas de seguridad, control y verificación de equipos biomédicos consignadas en el Formato RF-F-91	Trimestral
2	Los profesionales del área de Biomédica realizan seguimiento a los movimientos de equipos biomédicos cada vez que se trasladan al área de mantenimiento Biomédico, con el fin de mantener el control sobre su ubicación y trazabilidad. Las salidas y entradas se registran en el Formato Único para Movimientos de Activos Fijos [RF-F-92]		Certificado por parte del personal del área biomédica de la realización del seguimiento de los traslados de los equipos biomédicos mediante Formato único para movimientos de activos fijos RF-F-92	

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	FECHA
Certificación de la realización de las Rondas de seguridad	17-07-2026
Certificación de la realización del seguimiento de los traslados de los equipos biomédicos mediante Formato único para movimientos de activos fijos RF-F-92	17-07-2026

Con base en la certificación sobre las revisiones semanales en las Rondas de seguridad, control y verificación de equipos biomédicos [RF-F-91], así como la certificación sobre el seguimiento a traslados mediante los formatos únicos para movimientos de activos fijos [RF-F-92], se verifica el cumplimiento de los controles establecidos para el periodo comprendido entre el 01 de abril y el 30 de junio de 2026.

La evidencia demuestra que se llevaron a cabo las actividades de seguimiento, verificación y control por parte del área de Biomédica, sin identificarse inconsistencias o hallazgos que indiquen desviaciones en la trazabilidad de los equipos biomédicos o en el registro de movimientos de activos fijos.

RESULTADO: El riesgo no se materializó durante el periodo evaluado, dado el cumplimiento efectivo de los controles definidos.

Riesgo No. 8: Posibles irregularidades en los procesos de adquisición de bienes o servicios con proveedores, lo cual puede generar sobrecostos, deficiencias en la calidad de los productos adquiridos, conflictos de interés y afectación a los principios de transparencia, equidad y libre competencia, como consecuencia de decisiones contractuales inadecuadas, direccionamiento indebido o falta de controles efectivos en la etapa precontractual, debido a deficiencias en la planeación, evaluación, seguimiento y supervisión de los procesos de contratación, así como debilidad en la gestión de riesgos asociados a los proveedores.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Fraude Externo

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	Las áreas de almacén y Contratación implementan y fortalecen las medidas de control en los procesos de adquisición de bienes y servicios, con el fin de garantizar la legalidad, transparencia y eficiencia en la gestión contractual, así como prevenir riesgos de corrupción y desviaciones presupuestales. La evidencia de este control se soporta en las listas de chequeo utilizadas, los informes de revisión precontractual y los registros documentales	ALMACÉN GENERAL	Certificación de los contratos y/o órdenes de compra suscritos en el periodo objeto de medición donde se certifique por parte del responsable la	Trimestral

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
	de los expedientes contractuales debidamente conformados.		debida etapa pre-contractual	
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1 Certificación de las órdenes de compra suscritas en el segundo trimestre 2026 donde se certifica la debida etapa pre-contractual.		01-04-2026 al 30-06-2026		

La certificación expedida por la Almacenista General, mediante la cual se informa que durante el período comprendido entre el 01 de abril y el 30 de junio de 2026 se evidencian las órdenes de compra suscritas en SIA OBSERVA, con el propósito de atender oportunamente las necesidades de las diferentes áreas del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., incluidos los centros y puestos de salud, se verifica el adecuado cumplimiento del control establecido.

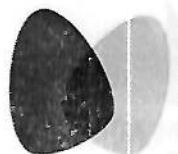
RESULTADO: Con base en la evidencia aportada, no se identifica la materialización del riesgo, evidenciándose la efectividad del control implementado.

Riesgo No. 9: Posibilidad de que se presenten hurtos y/o faltantes de activos muebles y/o bienes evidenciados en el levantamiento y actualización de los inventarios por parte de las áreas y/o por parte del personal vinculado a la E.S.E., lo que puede ocasionar afectación en el área contable y deteriorar la confianza en los mecanismos internos de control, como consecuencia de la apropiación indebida de bienes institucionales.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Económico
--------------------------	-----------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Activos Fijos realiza actualización, revisión de los activos fijos que están a cargo de los responsables de las diferentes áreas y/o servicios. Este se debe hacer cada vez que se cambie el RESPONSABLE con el fin de verificar la existencia física versus el sistema de Dinámica gerencial.	ACTIVOS FIJOS	Acta de inventario Anual	Anual

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
2	El área de Activos Fijos, realizará actualización de inventarios de activos fijos de acuerdo a la necesidad desde la proyección de cronograma y circular emitida desde la gerencia, este se desarrollara cuando se realice de forma masiva la actualización por áreas y/o dependencias.		Inventarios selectivos y periódicos de activos fijos e inventarios y ordenes de traslado	Trimestral
3	El área de Activos Fijos realizara las actualizaciones de los inventarios junto con el formato de acta No.MC-F-12, este será cargado en DARUMA como soporte y evidencia de la actividad, en esta acta se describe todas las novedades encontradas, igualmente evidencias fotográficas del desarrollo del mismo.		Actualizaciones de los inventarios junto con el formato de acta No. MC-F-12	
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Controles 1, 2 y 3				
Acta No. 093 Actualización Inventario Urgencias		11-04-2026		
Acta No. 094 Actualización y revisión Inventario del área de Alimentación		19-05-2026		
Acta No. 095 Actualización y revisión del inventario del área de Enfermería		22-05-2026		

Tras la revisión de los documentos correspondientes a los controles 1, 2 y 3, se evidencian las actas No. 093, 094 y 095 correspondientes a la actualización de inventario de las áreas. Por lo cual se verificó que el área de Activos Fijos realizó las actividades de actualización, revisión y verificación de los activos asignados, comparando la existencia física con la información del sistema.

RESULTADO: El riesgo no se materializó, dado que los controles fueron ejecutados adecuadamente y cuentan con evidencia suficiente.

Riesgo No. 11: Posibles deficiencias o irregularidades en la legalización de cajas de recaudo, lo que podría derivar en la falta de soporte adecuado para los gastos, mal uso de los recursos, incumplimiento de la normativa financiera y afectar la transparencia y la rendición de cuentas institucional.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Reputacional y Económico

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Tesorería realiza el arqueo de la caja de recaudo de forma mensual, con el fin de verificar la disponibilidad física de los recursos, la correcta ejecución y legalidad de los gastos menores, así como la coherencia entre los registros contables, los comprobantes de pago y los soportes documentales. Esta actividad permite detectar posibles inconsistencias, garantizar la transparencia en el manejo de fondos y fortalecer los controles financieros internos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.	TESORERÍA GENERAL	Acta de Arqueo de Caja	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1				
Arqueos recaudo de Cajas de Facturación:				
Acta No. 004		06-04-2026		
Acta No. 005		04-05-2026		
Acta No. 006		09-06-2026		

Se verificó la ejecución del control establecido por el área de Tesorería, consistente en la realización mensual del arqueo de la caja menor. Esta actividad permitió revisar la disponibilidad física de los recursos, la adecuada legalización de los gastos y la correspondencia entre los registros contables y los documentos soporte, fortaleciendo así los mecanismos de control interno y la transparencia en el manejo de fondos.

Como evidencia de la aplicación del control, se revisaron los arqueos de caja correspondientes a Facturación, realizados en fechas 06-04-2026, 04-05-2026 y 09-06-2026.

RESULTADO: Con base en esta documentación, se concluye que el control fue ejecutado de manera adecuada y que no se evidenció la materialización del riesgo.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



Riesgo No. 12: Posibilidad de que se presenten inconsistencias contables y financieras que afecten la recuperación efectiva de ingresos por prestación de servicios de salud, como consecuencia de la no coincidencia entre la información de cartera institucional y los valores reportados por las Empresas Responsables de Pago (ERP), debido a deficiencias en los procesos de conciliación, seguimiento y validación de cartera, así como a la falta de articulación entre las áreas administrativas, financieras y de facturación.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Ejecución y administración de procesos

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El técnico de Cartera realiza trimestralmente conciliaciones con las entidades responsables de pago, con el fin de verificar el estado real de la cartera, acordar los valores a pagar por concepto de facturación y establecer compromisos para resolver novedades detectadas. La constancia de esta actividad queda registrada en las actas firmadas por las partes intervinientes.	CARTERA	Actas firmadas por las partes.	Trimestral
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Actas de reunión:				
Acta No. CAQ-2-91 CAPITAL SALUD E.P.S		27-05-2026		
Acta No. CAQ-2-1 ASMET SALUD SAS		25-05-2026		
Acta No. CAQ-2-10 EPS SANITAS SAS		25-05-2026		
Acta No. CAQ-2-19 NUEVA EPS		25-05-2026		
Acta No. CAQ-2-65 GOBERNACIÓN DE CAQUETÁ – SECRETARIA DE SALUD		26-05-2026		
Acta No. CAQ-2-92 SALUD TOTAL EPS-S		27-05-2026		
Acta No. CAQ-2-84 EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS		27-05-2026		
Acta No. CAQ-2-99 CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO – COMFACHOCO		28-05-2026		
Acta No. CAQ-2-108 EPS FAMISANAR SAS		27-05-2026		
Acta No. CAQ-2-117 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. / SAVIA SALUD EPS		28-05-2026		
Acta No. CAQ-2-126 CAPRESOCA EPS		28-05-2026		

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



Hospital Departamental María Inmaculada

NIT. 891.180.098-5



CAQUETÁ

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
Acta No. CAQ-2-138 ASOCIACION MUTUAL SER EPS			28-05-2026	
Acta No. CAQ-2-70 PIJAOS SALUD EPS-I			27-05-2026	
Acta No. CAQ-2-129 EMSSANAR E.P.S S.A.S			28-05-2026	
Compromiso Depuración Asmet SAS			Mayo 2026	
Compromiso Depuración NUEVA EPS			Mayo 2026	
Compromiso Depuración Salud Total			27-05-2026	
Compromiso Depuración Sanitas EPS			25-05-2026	

Con el actas de reunión del 25-05-2026 al 28-05-2026 con las diferentes Entidades Responsables de Pago evidenciadas en el cuadro anterior, se confirma que el técnico de cartera realiza las conciliaciones con las ERP para verificar el estado de la cartera real y fijar los acuerdos sobre la facturación a pagar, dando cumplimiento a la no materialización del riesgo.

RESULTADO: Se evidencia la no materialización del riesgo de acuerdo al cumplimiento del control establecido.

Riesgo No. 14: Posibilidad de que se generen glosas, devoluciones o disminución de ingresos para la entidad, afectando la sostenibilidad financiera y la oportunidad en el recaudo, como consecuencia de errores en la facturación de los servicios de salud prestados, debido a fallas en el diligenciamiento de registros, omisiones en la validación de soportes y debilidades en los procesos de revisión y control previo al envío de las facturas a las Empresas Responsables de Pago (ERP).

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Económico
--------------------------	-----------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El Profesional de facturación, socializa con el equipo de facturación, la información actualizada por el asesor de planeación, cada vez que se presenten las novedades en el portafolio de servicios, en la contratación y parametrización de servicios. A través de los correos emitidos de planeación y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la información impartida.	FACTURACIÓN	Correos emitidos de planeación (si se presentan) y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la información impartida	Trimestral

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
2	Los auxiliares administrativos designados como facturadores revisores de cuentas, revisan las facturas de los servicios prestados de manera diaria; cuando encuentran inconsistencias socializa a los facturadores responsables para realizar las correcciones antes de producir la factura definitiva. comunicaciones internas dirigidas a cada facturador y acta de socialización.		Comunicaciones internas dirigidas a los colaboradores con la relación de las facturas devueltas de los errores encontrados para la corrección pertinente. Acta de socialización y formato con firmas de asistencia.	
3	El profesional de facturación verifica mensualmente los ingresos abiertos (sin legalizar) con el fin de gestionar el cierre del mismo. Es indispensable estar a paz y salvo con los hallazgos informados antes de generar el certificado de supervisión para el caso del personal vinculado por contrato, con el personal de planta se les enviará comunicación para que realicen el trámite pertinente, de no cumplir, se enviará memorando a la subgerencia administrativa y control interno disciplinario. El registro dejado por el anterior control son las comunicaciones enviadas y el archivo en Excel de los ingresos abiertos donde relaciona el facturador que generó la salida.		Archivo en Excel de los ingresos abiertos y las comunicaciones enviadas.	
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Para el segundo trimestre de 2026 no hubo reporte de contratos nuevos por parte de la Oficina de planeación		N/A		
Acta de socialización No. 014 de devolución de facturas		30-06-2026		
Archivo en Excel de los ingresos abiertos y las comunicaciones enviadas.		Del 01-04-2026 al 30-06-2026		

Una vez verificada la documentación correspondiente a los controles establecidos, se evidencia lo siguiente:

Para el control 1, se informa que durante el segundo trimestre no se reportaron contratos nuevos por parte de la Oficina de Planeación.

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



Para el control 2, se cuenta con soportes que acreditan su cumplimiento, específicamente el acta No. 014, y para el control 3 se evidencia el archivo en Excel del listado de ingresos abiertos, dentro de los periodos establecidos.

RESULTADO: Se da cumplimiento al control del riesgo y se verifica la no materialización del mismo.

Riesgo No. 15: Posibilidad de accesos no autorizados, manipulación indebida o adulteración de datos en los sistemas de información institucionales, lo que puede comprometer la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información crítica, como consecuencia de la existencia de vulnerabilidades técnicas y operativas en las plataformas tecnológicas, debido a la falta de controles robustos de seguridad informática, ausencia de monitoreo continuo y deficiencias en la gestión de usuarios, actualizaciones y respaldo de la información.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Económico
---------------------------------	-----------

CONTR OL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Sistemas, en coordinación con la Dirección de Talento Humano, realiza rondas o inspecciones periódicas en los sitios de trabajo, con el fin de informar y sensibilizar a los funcionarios de la E.S.E. sobre las consecuencias del manejo inadecuado de la información confidencial, promoviendo el cumplimiento de las políticas institucionales de seguridad de la información y fortaleciendo la cultura de protección de datos.	SISTEMAS	Acta trimestral de las rondas y socializaciones realizadas	Semestral
2	El área de Sistemas implementa y ejecuta el Plan de Tratamiento de Riesgos de Información Digital, con el propósito de mitigar las vulnerabilidades detectadas, establecer controles técnicos y administrativos específicos, y garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información, en cumplimiento de las políticas institucionales de seguridad.		Documentar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Información Digital Plan de trabajo anual (Cumplir mínimo con el 80% de ejecución del plan)	Anual

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



3	El área de Sistemas establece los permisos de acceso mínimos necesarios según el rol del usuario, con el fin de garantizar el principio de mínimo privilegio, prevenir accesos no autorizados a la información institucional y fortalecer los controles de seguridad en los sistemas informáticos. Adicionalmente, realiza revisiones periódicas de los perfiles de acceso, con el propósito de identificar inconsistencias, ajustar permisos cuando sea necesario y mantener actualizado el control de acceso conforme a los cambios organizacionales o funcionales.		Matriz de permisos segregados por roles	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1 Acta No. 018 Acta No. 019		30-06-2026 30-06-2026		
Control 2 Plan TI-PL-06 plan de riesgos y privacidad de la información.		Ubicado en Daruma en el enlace http://daruma.hmi.gov.co:81/app.php/staff/document/viewPublic?index=17427 Formato Cronograma de Mantenimiento preventivo a Equipos de Cómputo correspondiente a los meses de abril, mayo y junio.		
Control 3 Memorando 126-16 Informe de Riesgos II trimestre - Matriz de permisos clasificados por roles.		27-07-2026		

Una vez revisada la documentación correspondiente a los controles, se evidencia que los controles 1, 2 y 3 cuentan con soportes que permiten validar su cumplimiento, específicamente la matriz de permisos clasificados por roles y el actas de socialización No. 018 y 019.

RESULTADO: Se verifica la no materialización del riesgo, de acuerdo con el nivel de cumplimiento de los controles establecidos.

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



Riesgo No. 16: Posibles ataques cibernéticos que modifiquen o eliminen la información almacenada, lo que podría afectar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos, interrumpir los servicios, generar pérdida de información crítica y afectar la continuidad operativa de la entidad.

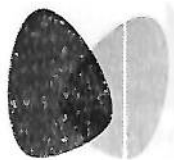
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Fraude Externo
--------------------------	----------------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Sistemas realiza el monitoreo y seguimiento permanente al sistema de defensa de la información mediante la gestión de perfiles de acceso asignados a cada responsable, y la actualización periódica de contraseñas, con el fin de prevenir accesos no autorizados, garantizar la integridad de los datos y dar cumplimiento a las políticas institucionales de seguridad de la información.	SISTEMAS	Actas de seguimiento y monitoreo al sistema de seguimiento sobre el cumplimiento a la seguridad de la información	Trimestral
2	El área de Sistemas realiza copias de seguridad automatizadas y periódicas de la información institucional, las cuales son almacenadas en un entorno seguro y separado de la red principal, con el fin de garantizar la disponibilidad y recuperación de los datos ante eventos de pérdida, daño o incidentes de seguridad informática.		Acta de revisión periódica de ejecución de backups	
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1				
Acta No. 018		30-06-2026		
Acta No. 019		30-06-2026		
Control 2				
Revisión periódica de ejecución de backups		17-04-2026		

Para mitigar el riesgo asociado a posibles ataques cibernéticos que puedan modificar, eliminar o comprometer la información institucional, el área de Sistemas realiza un monitoreo permanente del sistema de defensa de la información. La verificación de este control se evidenció mediante el acta de socialización MC-F-03, específicamente en el acta 126-018 y 126-019 del 30 de junio de 2026.

Adicionalmente, se confirmó mediante el Memorando No. 126-16 del 27-07-2026 la ejecución del control No. 2 mediante la revisión periódica de ejecución de backup.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



RESULTADO: Con base en la documentación revisada, se concluye que los controles fueron aplicados correctamente y que no se evidenció la materialización del riesgo.

Riesgo No. 17: Posibilidad de que se produzca la alteración, pérdida o distorsión de la información contenida en los expedientes institucionales, comprometiendo la integridad, legalidad y trazabilidad de los procesos administrativos, contractuales o asistenciales, como consecuencia de la manipulación indebida de los documentos por parte de actores directamente involucrados en los trámites o decisiones, debido a la ausencia de controles efectivos sobre el acceso, custodia y modificación de expedientes, así como a la falta de mecanismos formales de trazabilidad, control documental y auditoría periódica.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Ejecución y Administración de procesos

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Archivo y Gestión Documental implementa protocolos de acceso controlado a los expedientes institucionales, con el fin de garantizar que solo el personal autorizado pueda consultar, custodiar o modificar los documentos, preservando así su integridad y confidencialidad.	GESTIÓN DOCUMENTAL	Acta debidamente firmada Formato TI-F-26 Registro y control de solicitudes al archivo central	Trimestral
2	El área de Sistemas, en articulación con Archivo, establece registros digitales de trazabilidad sobre la consulta y modificación de los expedientes, mediante bitácoras o logs del sistema de gestión documental, con el fin de detectar accesos no autorizados y fortalecer el control de auditoría interna.		Socialización en el manejo de la información de la E.S.E.	
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1 Informe de Registro de Control de Solicitudes al Archivo Central [TI-F-26] Formato de Registro y Control de Solicitudes al Archivo Central		01-04-2026 al 30-06-2026		
Control 2 Acta No. 126-018 y 126-019 de socialización en el manejo de la información de la E.S.E.		30-06-2026		

Con el Formato de Registro y Control de Solicitudes al Archivo Central, se verifica el cumplimiento del control 1 relacionado con la trazabilidad de las solicitudes remitidas al archivo central durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026.

Cindy Tatiana Vargas Toro

Gerente



Respecto al control 2, se evidencian las actas 126-018 y 126-019 en la cual en articulación con Sistemas se realiza la socialización en el manejo de la información de la E.S.E.

RESULTADO: Se da cumplimiento a los controles del riesgo y se verifica la no materialización de los mismos.

Riesgo No. 19: Posibilidad de que se adelanten procesos contractuales sin el cumplimiento pleno de los requisitos establecidos en la etapa precontractual, lo cual puede generar nulidades, sanciones o retrasos en la ejecución contractual, como consecuencia de omisiones, errores o actuaciones inadecuadas en la fase de planeación y estructuración de los procesos, debido a debilidades en el conocimiento normativo, ausencia de controles previos efectivos y deficiente articulación entre las áreas técnicas, jurídicas y financieras responsables del proceso.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Ejecución y Administración de procesos
---------------------------------	--

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y financieros exigidos cada vez que se presenta una necesidad de contratación, utilizando la lista de chequeo establecida en el Formato [GJ-F-14] VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRACTUALES, con el fin de garantizar la vinculación de oferentes que cumplan con los estándares de calidad, confiabilidad y legalidad requeridos por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. En caso de incumplimiento, la documentación es devuelta a la dependencia correspondiente para su respectivo ajuste antes de la elaboración del contrato.	CONTRATACIÓN	Lista de chequeo establecida en el manual de contratación institucional	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Formato GJ-F-81 – Verificación de requisitos contractuales persona natural				
CPS N° 00943		06-04-2026		
CPS N° 01050		19-02-2026		
CPS N° 01052		18-04-2026		
CPS N° 01200		24-04-2026		
CPS N° 01201		07-05-2025		
CPS N° 01222		25-05-2026		

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
	CPS N° 01223		12-05-2026	
	CS N° 00925		27-02-2026	
	CS N° 01214		06-05-2026	
	CS N° 01269		24-06-2026	

Con los formatos GJ-F-81 de verificación de listas contractuales correspondientes a los procesos mencionados anteriormente, se evidencia el cumplimiento del control establecido.

Documento de verificación: Formatos GJ-F-81 diligenciados.

Emitida por: Oficina de Contratación.

RESULTADO: A partir de los soportes presentados para dicho control, se confirma la no materialización del riesgo.

Riesgo No. 24: Posibilidad de que los informes de auditoría interna carezcan de objetividad, imparcialidad y rigor técnico, lo que puede comprometer la confiabilidad de sus resultados y limitar la toma de decisiones correctivas, como consecuencia de la influencia de intereses particulares, conflictos de interés o presión institucional sobre los auditores, debido a la inexistencia de garantías de independencia funcional, falta de controles sobre la integridad del proceso auditor y debilidades en la aplicación de estándares técnicos y éticos de auditoría.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Reputacional y Económico
--------------------------	--------------------------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El auditor líder revisa el informe preliminar de auditoría con el líder de proceso auditado de acuerdo al plan de la auditoría, para realizar los ajustes al informe a que haya lugar dejando evidencia de la revisión realizada mediante acta de socialización y revisión de informe.	CONTROL INTERNO	Acta de socialización y revisión de informe.	Trimestral
2	El asesor de control interno realiza ajustes al proceso de auditoría de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada por los líderes de los procesos auditados, dejando como evidencia la evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías.		Evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías.	

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

3	El asesor de Control Interno elabora un informe semestral de seguimiento al SARLAFT, con el fin de evaluar la eficacia de los controles implementados, identificar desviaciones en su aplicación y establecer planes de mejora orientados a fortalecer la gestión del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. La evidencia de esta actividad corresponde al informe consolidado y los planes de acción derivados del mismo.	Informe de seguimiento semestral.	de Semestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA	
Control 1 Plan Anual De Auditoria Vigencia 2026 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user10/2026/PORTAL/CONTROL%20INTERNO/Plan%20Anual%20de%20Auditor%C3%ADa%202026%20V-01.pdf		Del 01-04-2026 al 30-06-2026	
Control 2 Plan Anual De Auditoria Vigencia 2026 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user10/2026/PORTAL/CONTROL%20INTERNO/Plan%20Anual%20de%20Auditor%C3%ADa%202026%20V-01.pdf		Del 01-04-2026 al 30-06-2026	
Control 3 Informe de Seguimiento semestral SARLAFT-SICOF I semestre 2026		31-07-2026	

Respecto al control 1 y 2, de acuerdo con el Plan Anual de Auditoria que se tiene establecido para esta vigencia, durante el segundo trimestre se realizó la Auditoria al Proceso de Gestión y Obstetricia, Subproceso de Referencia y Contra Referencia. Para el control 3, se presenta el Informe de Seguimiento semestral SARLAFT-SICOF I semestre 2026.

RESULTADO: No se generó materialización del riesgo teniendo en cuenta que se cumple con los controles del mismo.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



RIESGOS IDENTIFICADOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (PTEE)

Riesgo No. 1: Posibilidad de que se suscriban contratos para la prestación de servicios de salud sin cumplir con los requisitos mínimos exigidos en el Decreto 441 de 2022, comprometiendo la legalidad, calidad y trazabilidad de los procesos contractuales, como consecuencia de omisiones en la revisión documental o desconocimiento de los lineamientos normativos aplicables, debido a deficiencias en la articulación entre las áreas técnica, jurídica y administrativa, falta de capacitación en la norma y ausencia de controles previos estandarizados.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Operativo
--------------------------	-----------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	La Oficina Asesora de Planeación realiza mesas técnicas de revisión de los contratos antes de su suscripción y aplica la lista de chequeo establecida en la Resolución 441 de 2022, con el propósito de verificar la completitud de los requisitos y asegurar que cada expediente contractual cuente con dicha lista debidamente diligenciada como evidencia del cumplimiento normativo.	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	1. Acta y Listado de asistencia de las mesas técnicas realizadas 2. Formato lista de chequeo resolución 441 de 2022 debidamente diligenciado. 3. Expediente físico y/o digital del contrato con lista de chequeo adjunta	Eventual
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Acta No. 24– Mesa Técnica de Revisión de Minutas Contractuales COLSANITAS y MEDISANITAS. Correos de convocatoria, reprogramación y solicitud de validación a líderes de proceso. Formato lista de chequeo Resolución 441 de 2022 debidamente diligenciado. Oficio 1266		26-05-2026 05-06-2026		

Con el Acta No. 24 del 26-05-2026 y el Oficio 1266 de observaciones debidamente consolidados para las entidades contratantes COLSANITAS y MEDISANITAS, se verifica el cumplimiento de la revisión previa de contratos antes de su suscripción, constituyéndose en la ejecución y evidencia del control.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



RESULTADO: Se confirma la no materialización del riesgo, de acuerdo con el cumplimiento del control establecido.

Riesgo No. 4: Posibilidad de que funcionarios o colaboradores de la entidad reciban incentivos, beneficios o dádivas por parte de proveedores, lo cual puede generar conflictos de interés, comprometer la imparcialidad en los procesos de adquisición y contratación, afectar la transparencia institucional y favorecer decisiones que no respondan al interés general, como consecuencia de la influencia indebida de intereses particulares en los procesos contractuales, debido a la ausencia de controles efectivos sobre conflictos de interés, falta de cultura ética organizacional y deficiencias en los mecanismos de denuncia y prevención de prácticas corruptas.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Operativo
---------------------------------	-----------

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El área de Talento Humano, Contratación y Almacén diligencian la declaración de conflicto de intereses y declaración de bienes y rentas de manera previa al inicio de los procesos contractuales, con el fin de garantizar la transparencia, prevenir situaciones que comprometan la imparcialidad en la toma de decisiones y asegurar el cumplimiento de los principios de la función pública. conflictos que puedan afectar la objetividad en el ejercicio de sus funciones y fortalecer la transparencia en la gestión pública.	TALENTO HUMANO	Formato de Declaración de conflicto de interés y declaración de bienes y rentas debidamente diligenciados	Trimestral
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Control 1				
Certificación de actividades		15-07-2026		

Con certificación de fecha 15 de julio de 2026, en la cual se informa que de los 729 contratos que se perfeccionaron en el trimestre, todos contaron con la evidencia en sus expedientes contractuales la declaración de bienes y rentas de ingreso. Así mismo, para el mismo trimestre se vincularon 5 servidores a la planta global de la Entidad, quienes realizaron la declaración de bienes y rentas de ingreso, la cuales se encuentran en cada una de las historias laborales.

RESULTADO: Se confirma la no materialización del riesgo, de acuerdo con el cumplimiento del control establecido en el cual se evidenció que se cumplió con el 100% en la realización de la declaración de bienes y rentas con el personal que se vinculó mediante Contrato de Prestación de Servicios como las personas que se ingresaron a la Planta Global del Hospital durante el segundo trimestre en mención.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



Riesgo No. 13: Posibilidad de que se generen sanciones fiscales, reprocesos contables o pagos indebidos, que afecten la gestión financiera de la entidad, como consecuencia de la liquidación incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias aplicadas en las cuentas por pagar, debido a errores en la interpretación normativa, fallas en los sistemas de liquidación automática y deficiencias en la validación previa al giro por parte del personal encargado.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Ejecución y administración de procesos
---------------------------------	--

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional del área de Contabilidad verifica, en cada cuenta por pagar, la correcta liquidación de las retenciones y deducciones tributarias, con el fin de detectar posibles errores. En caso de inconsistencias, la cuenta es devuelta al área de origen para su corrección y los hallazgos se registran en el módulo de entrega de cuentas por pagar como evidencia del control realizado.	CONTABILIDAD	Certificación de la Verificación de las cuentas, liquidación de la retención y deducciones tributarias para detectar errores.	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Certificación de la Verificación las cuentas, liquidación de la retención y deducciones tributarias para detectar errores.		7-07-2026		

Con la certificación emitida por la Profesional Universitaria de Contabilidad, con fecha 7-07-2026, se verifica que se aplicaron los procedimientos establecidos para la revisión y control de las liquidaciones de cuentas presentadas por los proveedores de información, constituyéndose en la ejecución y evidencia del control.

RESULTADO: Se evidencia la no materialización del riesgo, conforme al cumplimiento del control establecido.

Riesgo No. 18: Posibilidad de que se manipulen historias clínicas con fines personales o indebidos, afectando la veracidad de los registros médicos, la trazabilidad asistencial y la confianza en los procesos institucionales, como consecuencia de la alteración intencional de la información clínica para encubrir errores, negligencias o facilitar trámites irregulares, debido a debilidades en los controles de acceso, edición y auditoría de historias clínicas, así como a la falta de cultura ética y protocolos rigurosos de seguridad de la información en salud.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Ejecución y administración de procesos
---------------------------------	--

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	Acta y/o informe donde certifique la cantidad de solicitudes realizadas, motivo y dependencia o ente que realiza la solicitud	GESTIÓN DOCUMENTAL	Acta y/o informe debidamente firmado	Trimestral
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Informe Registro y Control de Solicitudes realizadas al Archivo Central segundo trimestre 2026 Formato TI-F-26 Registro y control de solicitudes al archivo central		01-04-2026 al 30-06-2026		

Para el periodo del 01 de abril al 30 de junio de 2026, se verifica el cumplimiento del control establecido mediante la elaboración del Informe Registro y Control de Solicitudes realizadas al Archivo Central – Segundo trimestre 2026, en el cual se certifica la cantidad de solicitudes recibidas, sus motivos y las dependencias solicitantes, acompañado del Formato TI-F-26.

RESULTADO: Se confirma la no materialización del riesgo, en cumplimiento del control de manera adecuada y dentro de la periodicidad trimestral establecida, garantizando la trazabilidad y seguimiento a las solicitudes realizadas al Archivo Central.

Riesgo No. 22: Posibilidad de que la entidad enfrente sanciones fiscales, disciplinarias, penales o civiles por parte de organismos de control, al no cumplir con los deberes legales de transparencia y rendición de cuentas, como consecuencia del no reporte oportuno de la información contractual en las plataformas designadas para tal fin, debido a debilidades en el control de tiempos, falta de seguimiento al cumplimiento normativo y deficiente articulación entre las áreas responsables del registro contractual.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Usuarios, productos y prácticas organizacionales
---------------------------------	--

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado realiza el seguimiento a la publicación de los procesos contractuales, conforme a los plazos establecidos por los entes de control, con el fin de garantizar el cumplimiento de los requerimientos normativos en materia de publicidad y transparencia contractual.	CONTRATACIÓN	Certificación donde se corrobore que la información entregada es veraz, conforme a la relación del seguimiento de la publicación y	Trimestral

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
			rendición de contratos	
DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Certificado de relación del seguimiento de la publicación y rendición de contratos		14-07-2026		

Con el certificado de relación del seguimiento de la publicación y rendición de contratos suscritos en el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026, y su respectiva evidencia de cargue al SECOP II de cada contrato suscrito, se verifica el cumplimiento del control establecido.

RESULTADO: Se evidencia la no materialización del riesgo.

Riesgo No. 23: Posibilidad de que se presenten deficiencias en los procesos contractuales de la E.S.E., generando incumplimientos, sobrecostos y retrasos en la ejecución, lo cual impacta negativamente la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios prestados, como consecuencia de fallas en la planeación, estructuración y seguimiento de los contratos, debido a debilidades en la capacidad técnica y operativa, falta de articulación entre las áreas involucradas y ausencia de controles efectivos a lo largo del ciclo contractual.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Usuarios, productos y prácticas organizacionales
---------------------------------	--

CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE	EVIDENCIA	PERIODICIDAD
1	El profesional universitario del área de Contratación realiza una jornada trimestral de sensibilización dirigida al personal involucrado en los procesos contractuales, con el fin de promover los principios de transparencia, ética y responsabilidad en la contratación estatal. Esta actividad busca fortalecer la cultura de integridad institucional, prevenir prácticas indebidas y fomentar el cumplimiento de las normas y buenas prácticas que rigen la gestión contractual en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.	CONTRATACIÓN	Acta de Capacitación y/o socialización	Trimestral
MECANISMO DE VERIFICACIÓN		FECHA		
Acta de Capacitación No. 004		14-07-2026		

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

NIT. 891.180.098-5



Con acta de capacitación No. 004 de fecha 14-07-2026, se evidencia el cumplimiento al procedimiento de autocontrol en la matriz de riesgos, fortaleciendo la cultura de integridad institucional, dando cumplimiento al control del riesgo.

RESULTADO: Con base en esta documentación, se concluye que el control fue ejecutado de manera adecuada y que no se evidenció la materialización del riesgo.

Con la verificación de los controles y acciones anteriormente descritas, el Oficial de Cumplimiento confirma la no materialización de los riesgos en el marco de los subsistemas SARLAFT, SICOF y PTEE del Hospital Departamental María Inmaculada.

Atentamente,


JAVIER OSWALDO RINCÓN MUÑOZ
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Proyectó: Karine Buitrago Villalobos / Profesional Universitario – Oficina Asesora de Planeación


Gerente