



Hospital Local
Cartagena
de Indias

INFORME DE GESTIÓN DEL RIESGO 2025-1

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**

**VERÓNICA GUTIÉRREZ DE PIÑERES MORALES
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Cartagena de Indias, DT y C octubre de 2025

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
CRITERIOS Y DEFINICIONES	3
DESARROLLO DEL INFORME.....	7
CANTIDAD DE RIESGOS	7
CLASIFICACIÓN DE RIESGOS.....	13
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A 30 DE JUNIO DEL 2025.	16
RIESGOS MATERIALIZADOS.....	19
Área de Facturación	19
Área de Apoyo Logístico.....	20
Área de Sistemas (TIC)	20
CONCLUSION	20
RECOMENDACIONES.....	21

Lista de Tablas

Tabla 1. Criterios para definir el nivel de probabilidad.	5
Tabla 2. Criterios para definir el nivel de impacto.	5
Tabla 3. N° de riesgos identificados	8
Tabla 4. Clasificación del riesgo.	13
Tabla 5. Clasificación del riesgo.	15
Tabla 6. Porcentaje de Cumplimiento.	16

Lista de Figuras

Figura 1. Estructura para el desarrollo de la valoración del riesgo.	4
Figura 2. Matriz de Calor (niveles de severidad del riesgo).	6
Figura 3. Zona de Riesgo Residual.....	9
Figura 4. Zona de Riesgo Residual Administrativo.	10
Figura 5. Zona de Riesgo Residual Asistencial.	10
Figura 6. N° de riesgos Administrativos identificados	11
Figura 7. N° de riesgos Asistenciales identificados	11
Figura 8. Participación por dependencia administrativa.....	12
Figura 9. Participación por dependencia asistencial.....	12
Figura 10. Clasificación del riesgo.....	14
Figura 11. Clasificación del riesgo administrativo.....	16
Figura 12. Clasificación del riesgo asistencial.....	16
Figura 13. Porcentaje de cumplimiento seguimiento administrativo.....	18
Figura 14. Porcentaje de cumplimiento seguimiento asistencial.	19

INTRODUCCIÓN

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y en cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la Oficina de Control Interno, se presenta el informe correspondiente a la gestión del riesgo institucional para la el primer semestre de la vigencia 2025. Este documento constituye un análisis de las acciones, estrategias y procesos implementados por la institución para identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos y el cumplimiento de su misión institucional.

El presente informe no solo proporciona una evaluación detallada de los riesgos inherentes a las actividades y operaciones de la entidad, sino que también destaca las medidas adoptadas para fortalecer el sistema de control interno y promover una cultura organizacional orientada a la gestión proactiva de riesgos. Así mismo, se incluyen recomendaciones específicas destinadas a mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos de gestión del riesgo, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de la institución y el cumplimiento de los principios de transparencia, integridad y rendición de cuentas que rigen su actuación.

Este informe se presenta como una herramienta fundamental para la toma de decisiones informadas por parte de la alta dirección y demás instancias responsables de la gestión institucional, con el propósito de promover una gestión del riesgo integral y orientada a la mejora continua en todos los niveles de la organización. Además, busca fomentar la cultura del autocontrol y la responsabilidad compartida en la gestión de riesgos, en línea con los lineamientos establecidos en el MIPG y los estándares de buen gobierno corporativo.

A través de este informe, la Oficina de Control Interno reafirma su compromiso con la promoción de buenas prácticas de gestión del riesgo institucional, con miras a fortalecer la capacidad de la entidad para enfrentar los desafíos presentes y futuros, salvaguardando así los intereses de los ciudadanos y contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de desarrollo institucional.

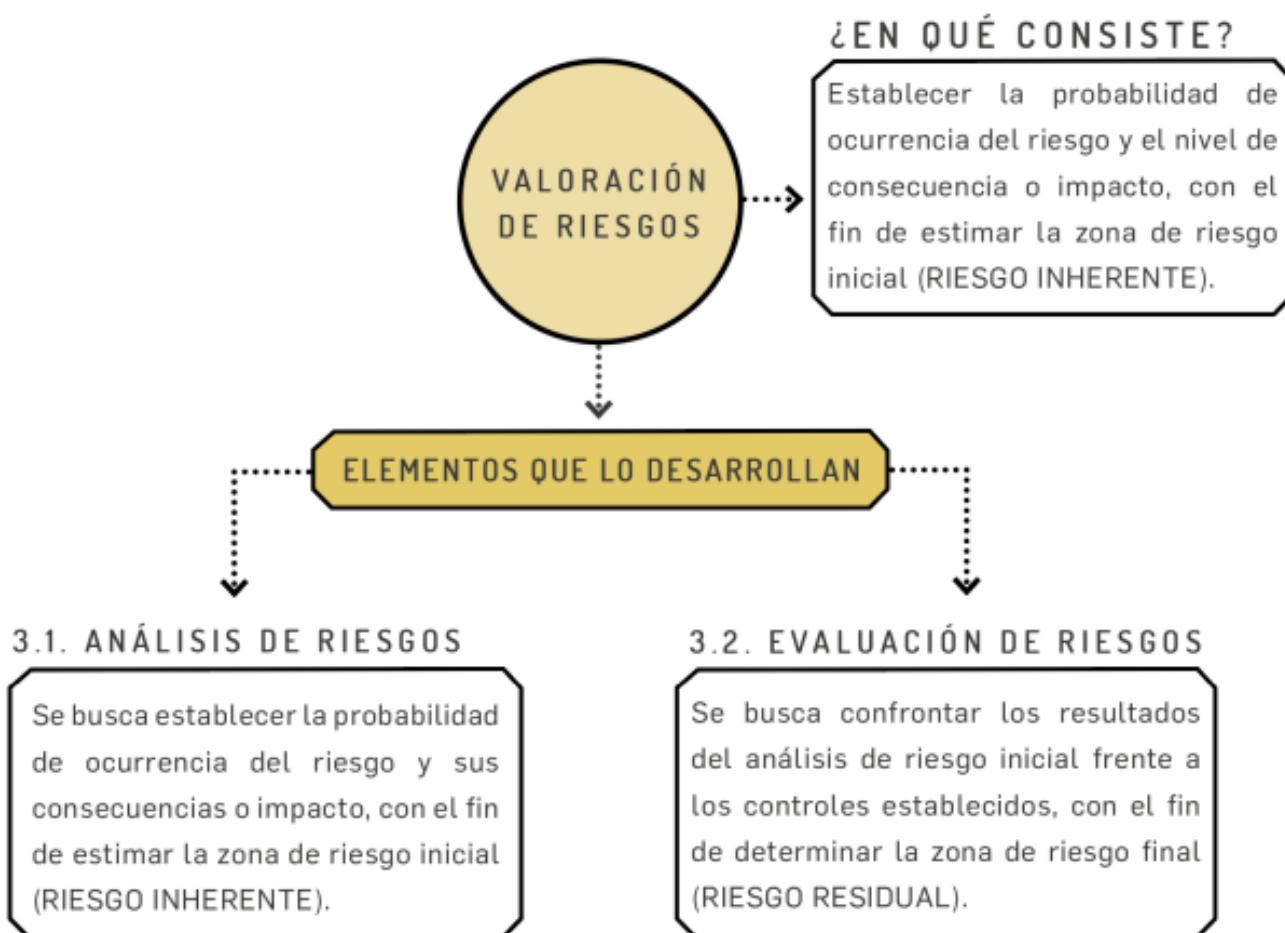
CRITERIOS Y DEFINICIONES

Este informe se hace con el fin de conocer e identificar los riesgos de los diferentes procesos que se llevan a cabo en las diferentes áreas de la ESE HL CI y así poder analizar, evaluar, valorar las amenazas y vulnerabilidades que pueden llegar a materializarse, para así poder tomar las medidas preventivas y correctivas ante estas amenazas y los controles adecuados para que no se materialicen los riesgos.



Para la identificación y valoración de los riesgos tenemos en cuenta los siguientes criterios y definiciones:

Figura 1. Estructura para el desarrollo de la valoración del riesgo.



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.



✓ **CRITERIOS:**

Tabla 1. Criterios para definir el nivel de probabilidad.

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Tabla 2. Criterios para definir el nivel de impacto.

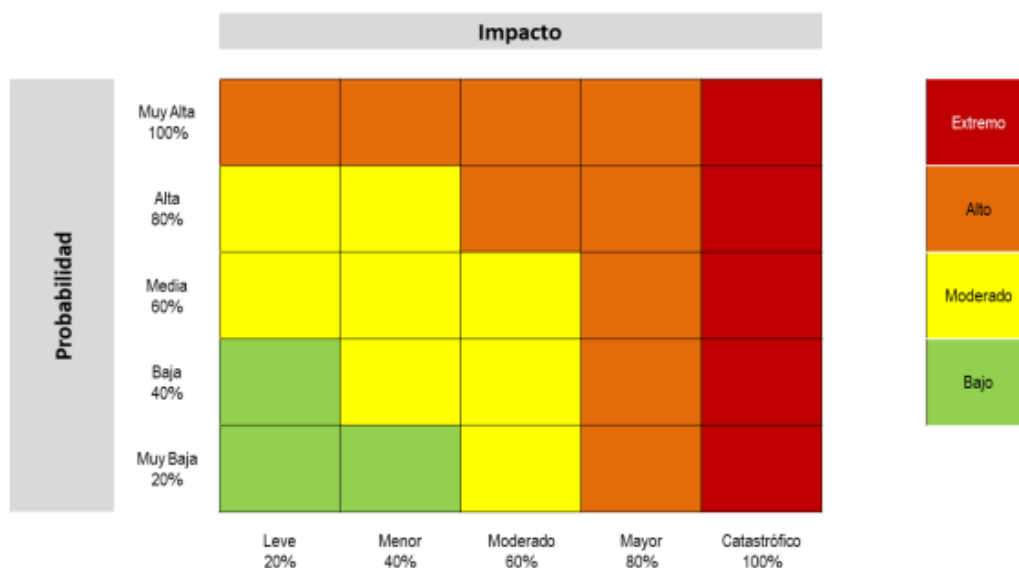
	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.



✓ MAPA DE CALOR

Figura 2. Matriz de Calor (niveles de severidad del riesgo).



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

✓ DEFINICIONES:

Riesgo: Es el resultado de la combinación entre la probabilidad de ocurrencia de un evento y sus posibles consecuencias que tendrán un impacto mayor o menor sobre la capacidad de lograr los objetivos.

Administración (Gestión) del Riesgo: Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la Entidad evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función

Valoración del Riesgo: Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la entidad pública al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

Análisis de Riesgos: Uso sistemático de la información disponible, para determinar la frecuencia con la que pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias. Dependiendo de la información disponible pueden emplearse desde modelos de simulación, hasta técnicas colaborativas.

Mapa de Riesgos: Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias y sus acciones preventivas.

Política de Riesgos: Intención global u orientación de una entidad frente a la gestión del riesgo.

Riesgo de Corrupción: La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

Riesgo Inherente: es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Riesgo Residual: nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento de riesgo.

DESARROLLO DEL INFORME

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de las responsabilidades establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y las disposiciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), llevó a cabo el proceso de seguimiento, verificación y evaluación de los Mapas de Riesgos Institucionales correspondientes al primer semestre de la vigencia 2025.

El proceso de revisión se desarrolló en base a la información suministrada por la Oficina de Gestión Estratégica, tomando como referencia el corte a junio de 2025. Durante esta etapa se efectuó un análisis detallado del monitoreo realizado por dicha dependencia, el cual permitió evidenciar el estado de avance de los planes de tratamiento de riesgos, el nivel de cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas, y el comportamiento de los riesgos institucionales en relación con los periodos anteriores.

En las tablas, figuras y gráficas que se presentan a continuación, se sintetiza la información recopilada durante el proceso de seguimiento, incluyendo la cantidad de riesgos identificados por área, su clasificación según tipología (estratégicos, operativos, tecnológicos, financieros, de corrupción, entre otros), así como el porcentaje de cumplimiento de los controles asociados.

CANTIDAD DE RIESGOS

Se evidenció que para el primer semestre de la vigencia 2025, se tuvo un total de 132 riesgos identificados, este número representa un incremento frente al periodo

anterior, lo cual refleja una mayor capacidad de detección y monitoreo dentro del sistema de gestión del riesgo, evidenciando un fortalecimiento en la cultura de autocontrol y vigilancia preventiva.

Las dependencias que registraron un mayor número de riesgos fueron Control Interno Disciplinario con 12 riesgos, Talento Humano con 10, Control Interno con 9, Tecnología de la Información y las Comunicaciones (TIC), Financiera y Apoyo Logístico, cada una con 8 riesgos identificados.

En cuanto a la distribución general, se observa que los riesgos administrativos constituyen el 78% del total, mientras que los riesgos asistenciales representan el 22% restante. Este panorama evidencia que la gestión del riesgo en la entidad está fuertemente concentrada en los procesos administrativos, donde convergen actividades críticas como la contratación, la gestión financiera, el manejo del talento humano y el soporte logístico, aspectos esenciales para la sostenibilidad operativa y la calidad de los servicios prestados.

Tabla 3. N° de riesgos identificados

ADMINISTRATIVA	N° DE RIESGOS IDENTIFICADOS	ZONA DE RIESGOS RESIDUAL			
		BAJO	MODERADO	ALTO	EXTREMO
Talento Humano	10	10			
Participación Social y Comunitaria	5		5		
Apoyo Logístico	8		3	5	
Gestión Estratégica	5		5		
Sistema obligatorio de garantía de la calidad	7		7		
Tecnología de la Información y Comunicación	8	3	5		
Jurídica	6	6			
Contratación	7		4	3	
Control Interno	9		7	2	
Control Interno Disciplinario	12	3	8	1	
Cartera	4		2	1	1
Financiera	6	1	2	3	
Facturación	8	4	4		
Mercadeo y Comunicaciones	4	1	1	1	1
Gestión Documental	4	4			
ASISTENCIAL					
Servicios Farmacéuticos	6		3	3	
Consulta Externa	3		3		
Urgencias	2		2		
Apoyo diagnóstico y Complementación Terapéutica	5	5			
Docencia Servicios	4	1	2	1	
PAI	1			1	
Salud Oral	4	1	3		
Comités Institucionales	1		1		
Analizar y elaborar trimestralmente el perfil morbimortalidad	1			1	
Estadísticas vitales	1			1	



Perfil Epidemiológico	1				1
TOTAL	132	39	67	23	3

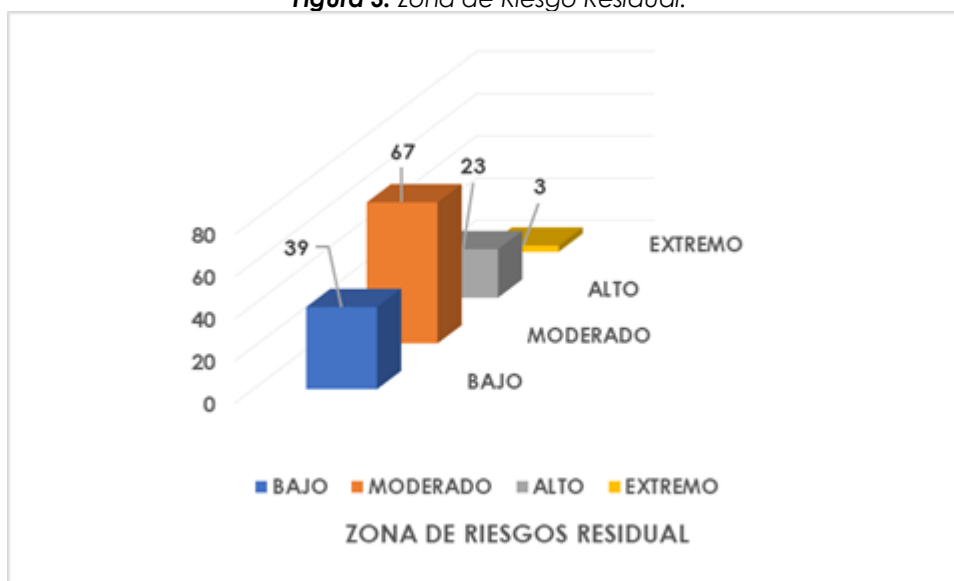
Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

La Tabla 3 presenta la clasificación detallada de los riesgos según su zona de riesgo residual (bajo, moderado, alto y extremo). De acuerdo con los resultados, la mayoría de los riesgos se ubican en la zona moderada (67 casos), seguida por la zona baja (39) y la zona alta (23), mientras que solo 3 riesgos fueron clasificados como extremos (**Figura 3**). Esta distribución refleja que, aunque la mayoría de los riesgos se mantienen bajo control, existen áreas que requieren atención prioritaria por su potencial impacto institucional.

Particularmente, se destaca que las dependencias Financiera, Mercadeo y Comunicaciones, y Control Interno Disciplinario presentan riesgos categorizados en las zonas alta y extrema, lo cual demanda la implementación de estrategias específicas de mitigación y seguimiento continuo. En contraste, áreas como Gestión Documental, Jurídica y Talento Humano mantienen riesgos principalmente en niveles bajos o moderados, lo que evidencia un adecuado manejo de sus controles internos.

El análisis global de la gestión del riesgo durante la vigencia 2025-1 permite inferir que la entidad ha avanzado en la consolidación de un sistema de control más robusto y articulado, sin embargo, persiste la necesidad de reforzar los mecanismos de prevención y tratamiento en las áreas críticas, especialmente aquellas con riesgos catalogados como altos o extremos. La priorización de estos escenarios será clave para garantizar la continuidad operativa, la eficiencia institucional y la protección de los recursos públicos, en coherencia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

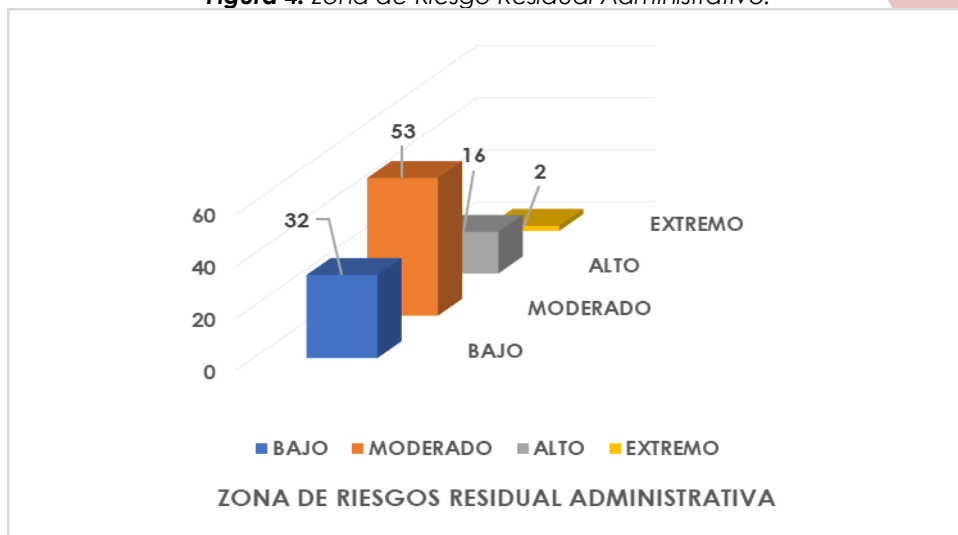
Figura 3. Zona de Riesgo Residual.





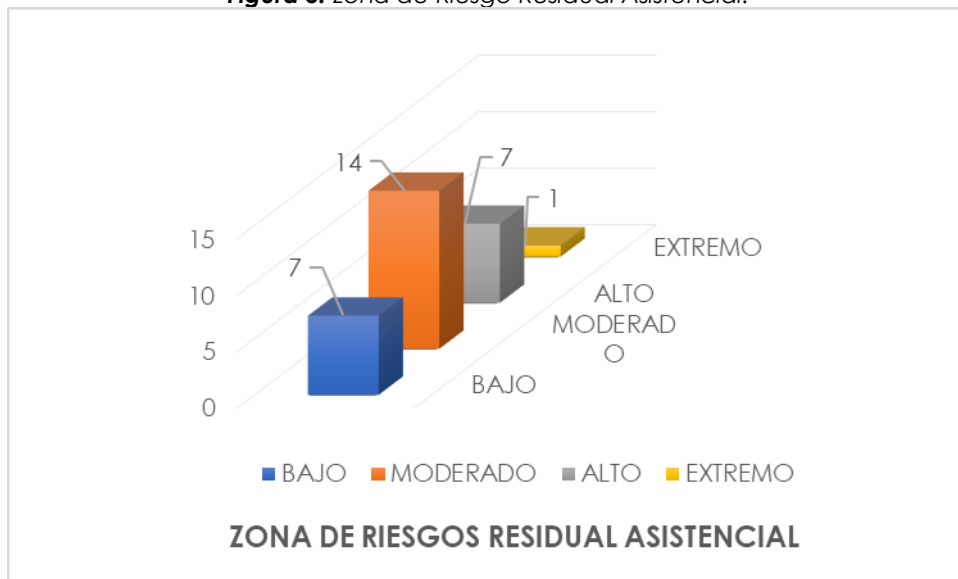
Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

Figura 4. Zona de Riesgo Residual Administrativo.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

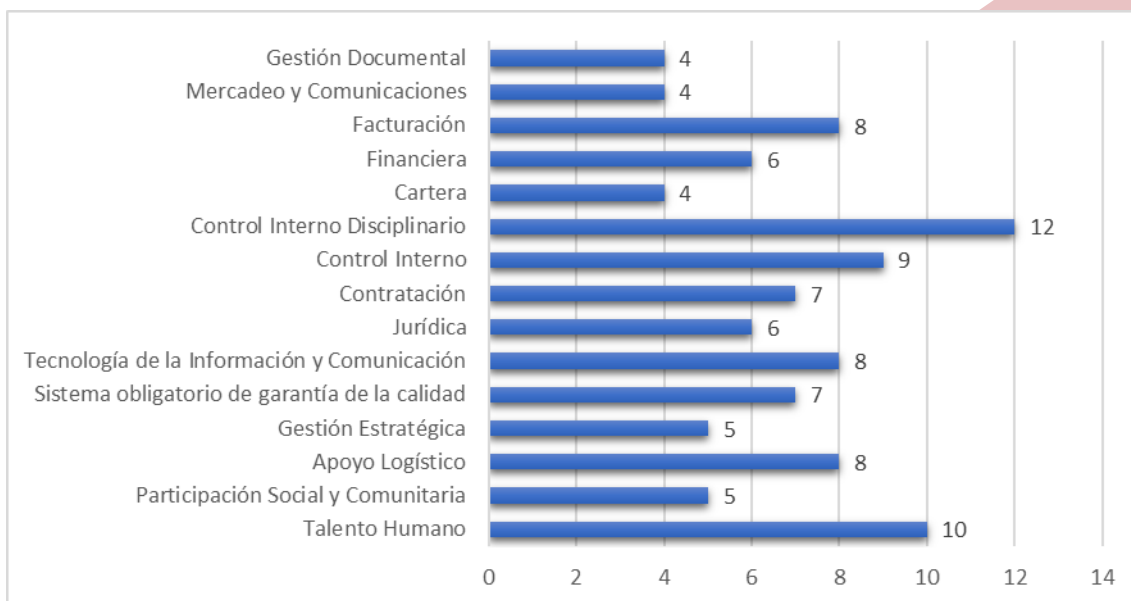
Figura 5. Zona de Riesgo Residual Asistencial.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

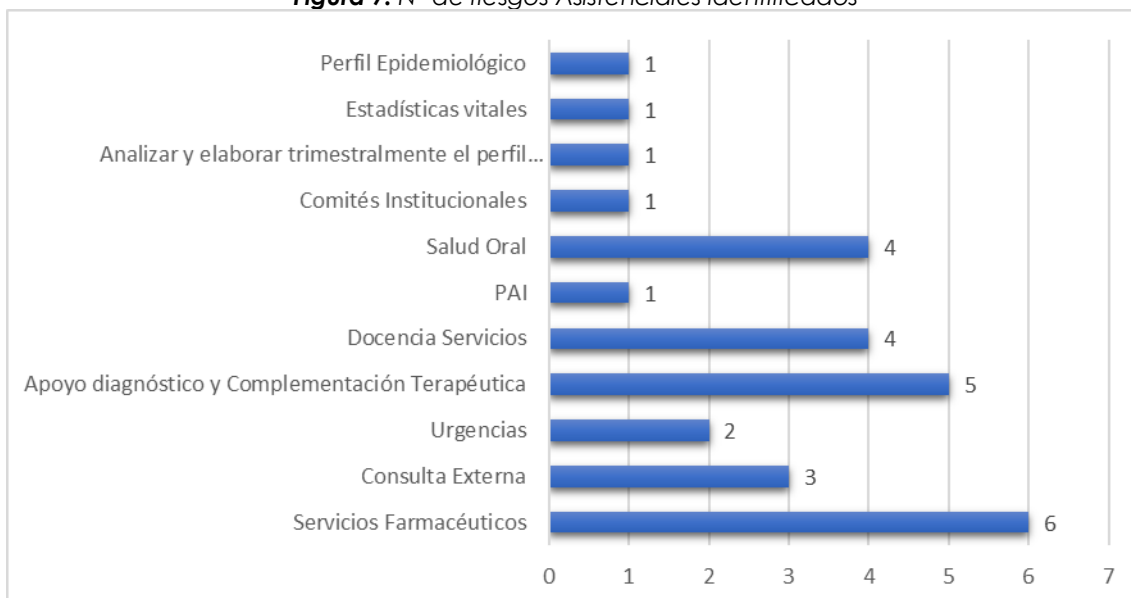


Figura 6. N° de riesgos Administrativos identificados



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

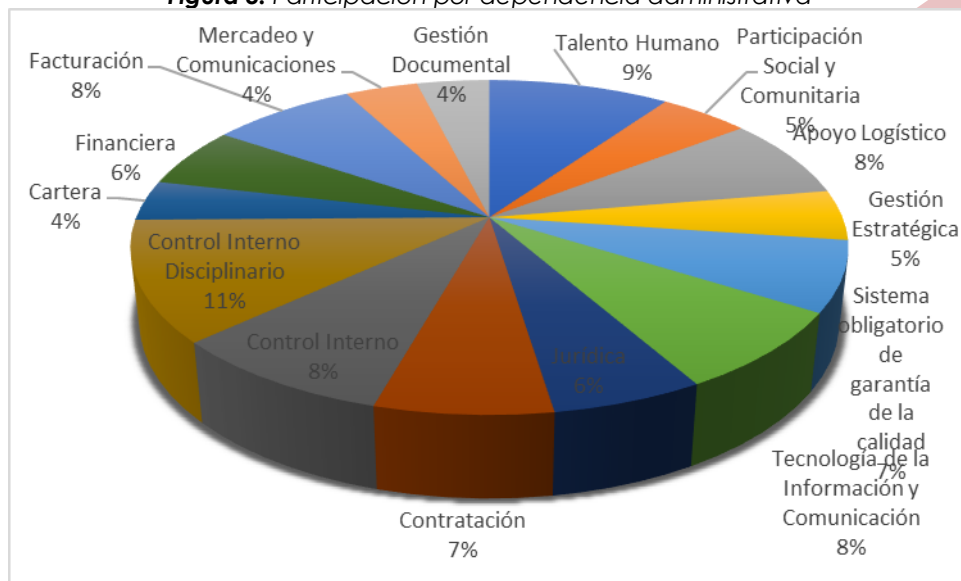
Figura 7. N° de riesgos Asistenciales identificados



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

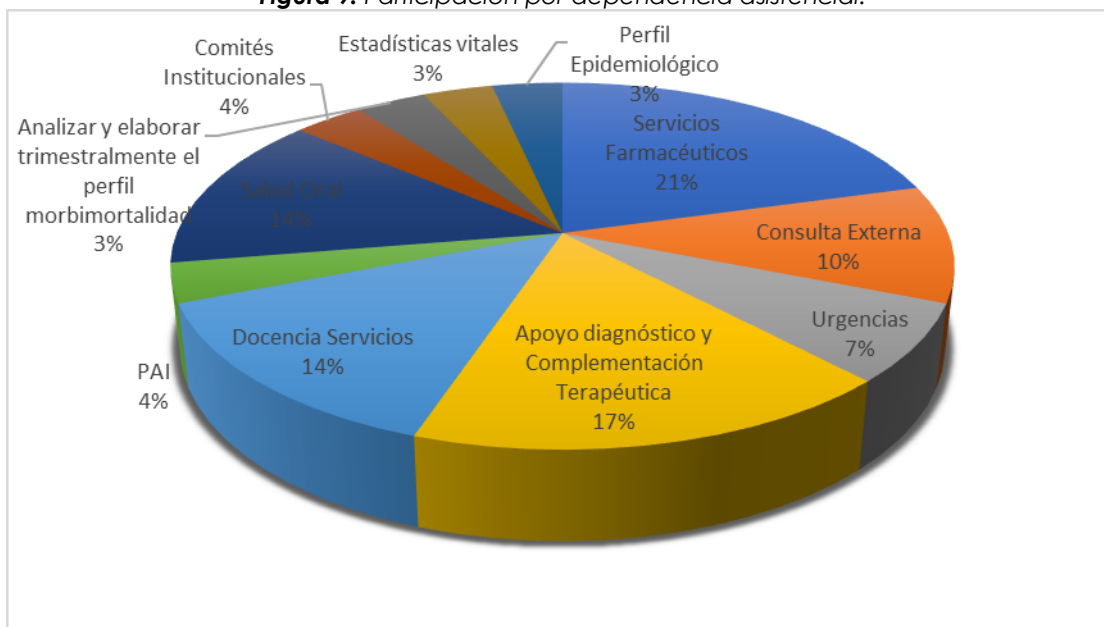


Figura 8. Participación por dependencia administrativa



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

Figura 9. Participación por dependencia asistencial.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.



CLASIFICACIÓN DE RIESGOS

Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos, abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en <i>hardware</i> , <i>software</i> , telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Tabla 4. Clasificación del riesgo.

Tabla 4. Clasificación del riesgo.

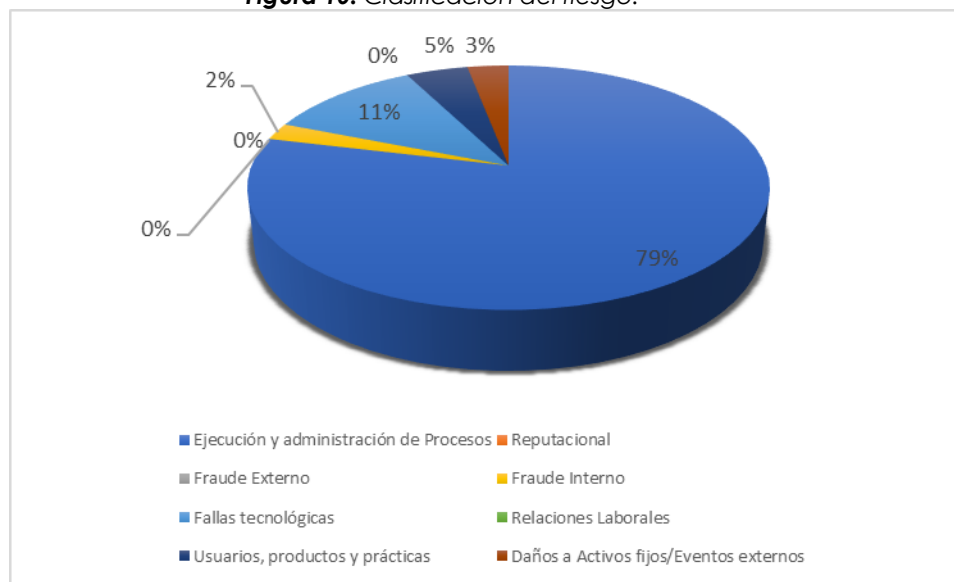
Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos, abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en <i>hardware</i> , <i>software</i> , telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Durante la vigencia 2025, la clasificación de los riesgos institucionales evidenció una marcada concentración en la categoría correspondiente a la “Ejecución y



Administración de Procesos", la cual representó aproximadamente el 79 % del total de los riesgos identificados. Este resultado refleja que la mayoría de las amenazas que enfrenta la ESE Hospital Local Cartagena de Indias se originan en la gestión operativa y administrativa de los procesos internos, superando significativamente otras categorías como fallas tecnológicas, riesgos asociados a usuarios, productos y prácticas, daños a activos o eventos externos y fraudes internos.

Figura 10. Clasificación del riesgo.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.



Tabla 5. Clasificación del riesgo.

VIGENCIA 2025-1								
CLASIFICACION DEL RIESGO								
ADMINISTRATIVA	Ejecución y administración	Reputacional	Fraude Externo	Fraude Interno	Fallas tecnológicas	Relaciones Laborales	Usuarios, productos y	Daños a Activos fijos/Eventos
Talento Humano	10							
Participación Social y Comunitaria	4						1	
Apoyo Logístico	7							1
Gestión Estratégica	5							
Sistema obligatorio de garantía de la calidad	5				1		1	
Tecnología de la Información y Comunicación					4		2	2
Jurídica	6							
Contratación	7							
Control Interno	9							
Control Interno Disciplinario	9			2				1
Cartera	4							
Financiera	5				1			
Facturación	6				2			
Mercadeo y Comunicaciones	3						1	
Gestión Documental	2				2			
SUBTOTAL	82	0	0	2	10	0	5	4
ASISTENCIAL								
Servicios Farmacéuticos	4			1	1			
Consulta Externa	2				1			
Urgencias	1				1			
Apoyo diagnóstico y Complementación Terapéutica	4						1	
Docencia Servicios	4							
PAI					1			
Salud Oral	4							
Comités Institucionales	1							
Analizar y elaborar trimestralmente el perfil morbimortalidad	1							
Estadísticas vitales					1			
Perfil Epidemiológico	1							
SUBTOTAL	22	0	0	1	5	0	1	0
TOTAL	104	0	0	3	15	0	6	4

Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

La Tabla 5 presenta de manera detallada los riesgos asociados tanto a las áreas administrativas como asistenciales de la entidad. En el ámbito administrativo, los mayores niveles de exposición se concentran en la categoría de “Ejecución y Administración de Procesos”, con un total de 82 incidencias reportadas. Dentro de este grupo, los procesos más críticos corresponden a las dependencias de Talento Humano, Control Interno Disciplinario y Control Interno, lo cual pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión, seguimiento y control en la gestión de estos procedimientos.

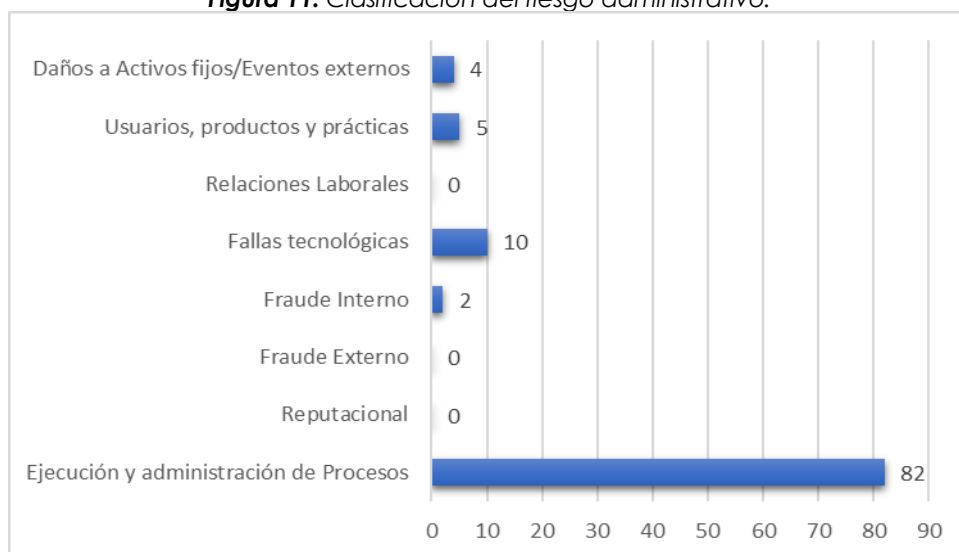
Por su parte, en las áreas asistenciales, también se observa una tendencia similar: la “Ejecución y Administración de Procesos” concentra la mayor cantidad de riesgos, con 22 incidencias registradas. Entre los servicios más afectados se encuentran Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, Docencia-Servicios, Servicios Farmacéuticos y Salud Oral, donde los riesgos se asocian principalmente a la continuidad de la atención, cumplimiento de protocolos y gestión eficiente de los recursos.

En términos generales, la Ejecución y Administración de Procesos constituye la



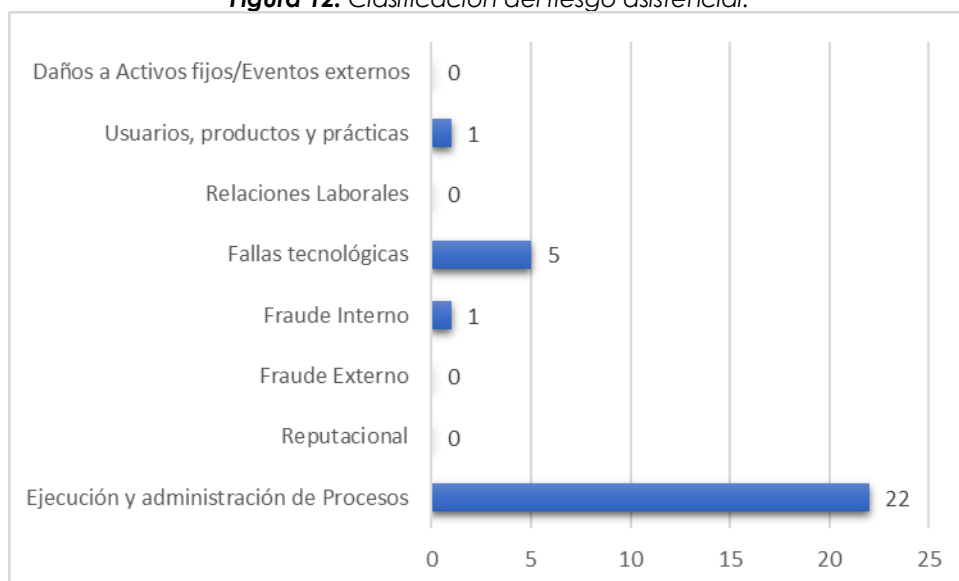
categoría de mayor impacto y prioridad dentro de la gestión del riesgo institucional, lo cual exige la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de los controles preventivos y correctivos, la capacitación del personal, y la optimización de los procedimientos operativos estándar (POE). De igual manera, se recomienda mantener una vigilancia permanente sobre los riesgos derivados de las fallas tecnológicas y aquellos relacionados con usuarios, productos y prácticas, con el fin de garantizar la continuidad operativa, la seguridad del paciente y la eficiencia institucional.

Figura 11. Clasificación del riesgo administrativo.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

Figura 12. Clasificación del riesgo asistencial.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A 30 DE JUNIO DEL 2025.

Durante el primer semestre de la vigencia 2025, el seguimiento al cumplimiento de los indicadores institucionales evidencia un comportamiento moderadamente

favorable, con un avance promedio general del 0.45% frente al mismo periodo del año anterior. Este resultado refleja una tendencia positiva en la gestión global de la entidad, aunque con variaciones significativas entre las áreas administrativas y asistenciales. En particular, los mayores avances se registran en las dependencias de Facturación (22%), Mercadeo y Comunicaciones (23%), Gestión Financiera (16%), Gestión Estratégica (8%) y Apoyo Logístico (11%), lo que evidencia una mejora sustancial en la eficiencia operativa, la optimización de recursos, la comunicación institucional y la planeación estratégica.

Estos resultados son indicativos de una gestión administrativa más articulada y orientada a resultados, donde se ha logrado fortalecer la capacidad institucional para cumplir sus objetivos y optimizar los procesos de soporte que respaldan la atención en salud. Sin embargo, algunas áreas aún presentan desafíos importantes. Por ejemplo, las dependencias de Jurídica (-9%), Contratación (-5%), Tecnología de la Información y Comunicación (-7%), y Cartera (-3%) reflejan disminuciones en su desempeño, lo cual puede asociarse a retrasos en la ejecución de actividades, limitaciones en los recursos tecnológicos y humanos, o ajustes derivados de los procesos de control y mejora continua. De igual manera, aunque Gestión Documental presentó un leve incremento del 4%, se requiere reforzar las estrategias para garantizar el cumplimiento de la normatividad archivística y la trazabilidad documental institucional.

Por su parte, el área asistencial presenta un comportamiento más heterogéneo, evidenciándose una disminución general en el cumplimiento de los indicadores en comparación con el año anterior. Entre las reducciones más significativas se encuentran Servicios Farmacéuticos (-15%), Urgencias (-13%), PAI (-13%) y Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (-4%), lo que refleja posibles dificultades operativas, limitaciones en la disponibilidad de recursos o situaciones que afectan la continuidad y oportunidad en la prestación del servicio. No obstante, algunos servicios mantienen o mejoran su desempeño, como Consulta Externa (3%), Docencia-Servicio (100%), Perfil de Morbimortalidad (100%) y Estadísticas Vitales (100%), los cuales evidencian compromiso institucional en el fortalecimiento del componente académico y la gestión de la información sanitaria.

Tabla 6. Porcentaje de Cumplimiento.

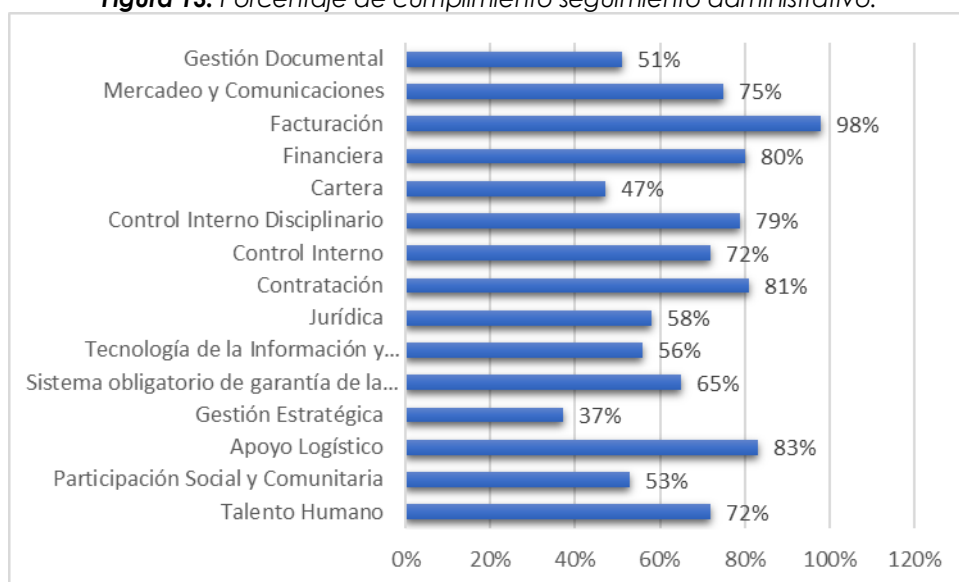
% DE CUMPLIMIENTO 2025		% DE CUMPLIMIENTO 2024	
ADMINISTRATIVA	SEGUIMIENTO (JUN 30)	ADMINISTRATIVA	SEGUIMIENTO (JUN 30)
Talento Humano	72%	Talento Humano	73%
Participación Social y Comunitaria	53%	Participación Social y Comunitaria	53%
Apoyo Logístico	83%	Apoyo Logístico	72%
Gestión Estratégica	37%	Gestión Estratégica	29%
Sistema obligatorio de garantía de la calidad	65%	Sistema obligatorio de garantía de la calidad	67%
Tecnología de la Información y Comunicación	56%	Tecnología de la Información y Comunicación	63%
Jurídica	58%	Jurídica	67%



Contratación	81%	Contratación	86%	-5%
Control Interno	72%	Control Interno	69%	3%
Control Interno Disciplinario	79%	Control Interno Disciplinario	N/A	N/A
Cartera	47%	Cartera	50%	-3%
Financiera	80%	Financiera	64%	16%
Facturación	98%	Facturación	76%	22%
Mercadeo y Comunicaciones	75%	Mercadeo y Comunicaciones	52%	23%
Gestión Documental	51%	Gestión Documental	47%	4%
ASISTENCIAL SEGUIMIENTO (JUN 30)		ASISTENCIAL SEGUIMIENTO (JUN 30)		
Servicios Farmacéuticos	43%	Servicios Farmacéuticos	58%	-15%
Consulta Externa	48%	Consulta Externa	45%	3%
Urgencias	52%	Urgencias	65%	-13%
Apoyo diagnóstico y Complementación Terapéutica	60%	Apoyo diagnóstico y Complementación Terapéutica	64%	-4%
Docencia Servicios	100%	Docencia Servicios	100%	0%
PAI	50%	PAI	63%	-13%
Salud Oral	50%	Salud Oral	54%	-4%
Comités Institucionales	50%	Comités Institucionales	N/A	N/A
Analizar y elaborar trimestralmente el perfil morbimortalidad	100%	Analizar y elaborar trimestralmente el perfil morbimortalidad	N/A	N/A
Estadísticas vitales	100%	Estadísticas vitales	N/A	N/A
Perfil Epidemiológico	50%	Perfil Epidemiológico	54%	-4%
				0.45%

Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

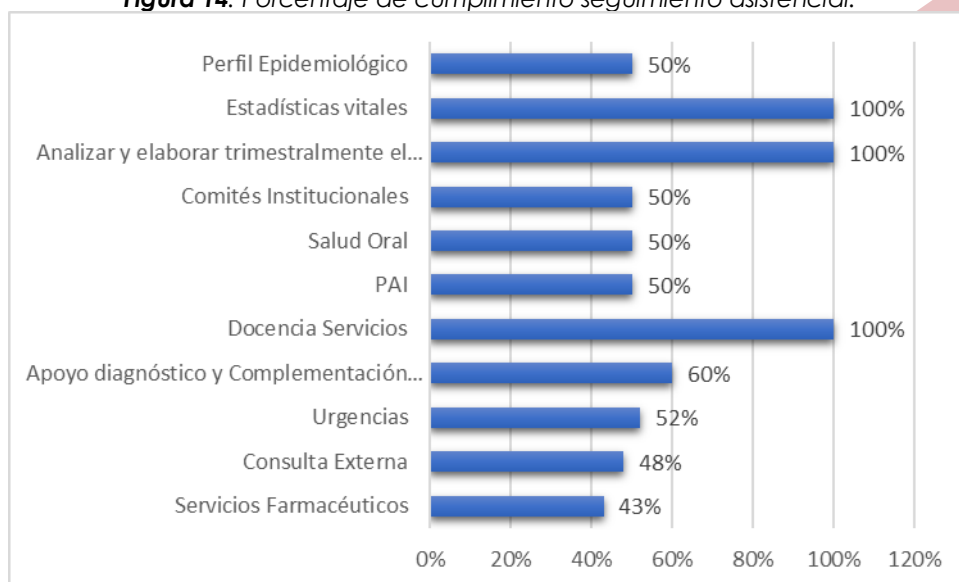
Figura 13. Porcentaje de cumplimiento seguimiento administrativo.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.



Figura 14. Porcentaje de cumplimiento seguimiento asistencial.



Fuente: Formato de seguimiento a riesgos institucionales proporcionado por oficina de Gestión Estratégica.

RIESGOS MATERIALIZADOS

Durante el periodo de seguimiento correspondiente al primer semestre del año 2025, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias registró la materialización de nueve (9) riesgos operacionales, distribuidos principalmente en los procesos de Facturación, Apoyo Logístico y Sistemas (TIC).

Área de Facturación

En el proceso de Facturación se materializaron cuatro (4) riesgos operacionales, los cuales impactaron de manera directa el registro y control de los servicios prestados a los usuarios. Entre los principales eventos se identificó el cierre de facturación incompleto, ocasionado por deficiencias en el ingreso de la información relacionada con los servicios prestados, lo que generó inconsistencias en la consolidación de los datos y en la trazabilidad de los pacientes atendidos.

Asimismo, se presentó la probabilidad de no registro de información del paciente atendido debido a la omisión en el ingreso por parte del personal facturador o del cuerpo médico, lo cual incrementa el riesgo de pérdida de información clínica y financiera. Adicionalmente, se reportaron devoluciones de facturas por errores en los archivos XML, afectando los tiempos de radicación y la recuperación de cartera institucional. Finalmente, se evidenciaron facturas sin envío oportuno a la DIAN, lo que podría implicar incumplimientos normativos y sanciones por parte de los entes de control tributario. Estos hallazgos resaltan la importancia de reforzar los controles automáticos en los sistemas de información, así como la capacitación continua del personal involucrado en los procesos de facturación y validación documental.

Área de Apoyo Logístico

En el área de Apoyo Logístico se materializó un (1) riesgo operacional, relacionado con la afectación en la prestación de los servicios debido a fallas en la infraestructura física. Dichas fallas comprometieron parcialmente la operatividad en algunos espacios asistenciales, generando retrasos en la atención y afectando la disponibilidad de recursos. Este evento refleja la necesidad de fortalecer los programas de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, garantizando la seguridad de los usuarios y la continuidad de las actividades institucionales.

Área de Sistemas (TIC)

En cuanto al área de Sistemas o Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), se materializaron cuatro (4) riesgos operacionales, principalmente asociados a daños en equipos tecnológicos e interrupciones en los servicios digitales. Entre los eventos más relevantes se reportaron afectaciones por factores eléctricos en la sede administrativa y centros de salud, así como interrupciones derivadas del manejo inadecuado de los equipos tecnológicos por parte del personal. Adicionalmente, se registraron fallas en la provisión del servicio de internet y daños en la infraestructura tecnológica por causas desconocidas, lo que generó interrupciones temporales en los servicios de red y afectó el acceso a los sistemas institucionales.

Estos incidentes tecnológicos resaltan la importancia de mantener un plan de contingencia actualizado, un sistema de respaldo de la información institucional y un programa de capacitación en el uso adecuado de los equipos y plataformas tecnológicas. Asimismo, se recomienda fortalecer la infraestructura eléctrica y tecnológica para mitigar la ocurrencia de eventos similares.

CONCLUSION

El análisis integral de la gestión del riesgo correspondiente al primer semestre de la vigencia 2025 en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias evidencia avances significativos en la consolidación de una cultura institucional orientada a la prevención, el autocontrol y la mejora continua. El incremento en el número de riesgos identificados respecto al periodo anterior refleja una mayor capacidad de detección, monitoreo y reporte, lo que denota un fortalecimiento del sistema interno de control y un compromiso creciente de las dependencias con la gestión del riesgo.

No obstante, el estudio también pone de manifiesto que la mayor concentración de riesgos en la categoría de "Ejecución y Administración de Procesos", tanto en áreas administrativas como asistenciales, continúa siendo un aspecto crítico que demanda atención prioritaria. La presencia de riesgos catalogados en niveles alto y extremo en dependencias como Financiera, Mercadeo y Comunicaciones, y Control Interno Disciplinario, evidencia la necesidad de implementar planes de

acción más robustos, con estrategias específicas de mitigación, evaluación de controles y seguimiento sistemático de los resultados.

En materia de gestión del riesgo, el cumplimiento promedio de los indicadores muestra una tendencia positiva y un comportamiento estable, con avances notables en áreas estratégicas como Facturación, Mercadeo, Gestión Financiera y Apoyo Logístico. Sin embargo, se identifican brechas de gestión en dependencias jurídicas, de contratación, cartera y tecnología, las cuales requieren fortalecer la planificación, la asignación de recursos y la capacitación del personal para garantizar un desempeño homogéneo y sostenible.

La materialización de nueve (9) riesgos operacionales durante el semestre, concentrados principalmente en los procesos de Facturación, Apoyo Logístico y TIC, pone en evidencia vulnerabilidades operativas que impactan la eficiencia y continuidad del servicio. Estos eventos resaltan la urgencia de fortalecer los controles automáticos, los planes de contingencia, el mantenimiento de infraestructura y la gestión tecnológica, elementos clave para reducir la exposición institucional a interrupciones o pérdidas de información.

En conjunto, los resultados del informe reafirman que la entidad ha avanzado hacia una gestión del riesgo más estructurada, consciente y alineada con los lineamientos del MIPG, aunque persisten desafíos relacionados con la eficacia de los controles, la estandarización de los procesos y la sostenibilidad de las acciones preventivas. La Oficina de Control Interno recomienda continuar fortaleciendo el liderazgo de las dependencias, promover la rendición de cuentas en la administración de riesgos y mantener el enfoque en la mejora continua, garantizando así la eficiencia operativa, la transparencia institucional y la protección de los recursos públicos.

RECOMENDACIONES

Continuar fortaleciendo el autocontrol por medio de seguimientos, en donde cada uno de los líderes del proceso realicen las revisiones permanentes sobre la ejecución de los controles y acciones preventivas, con el objetivo de tener controles fuertes, que se ejecuten como fueron diseñados y en los tiempos establecidos para que contribuya a la mitigación del riesgo.

Tener en cuenta las políticas de administración del riesgo ya que estas pretenden orientar y guiar a los funcionarios de la entidad, en la identificación, análisis y valoración de los riesgos con el fin tener un panorama general de las desviaciones que pueden crear incertidumbre sobre el logro de los objetivos.

Capacitar al personal de la entidad en el manejo de los riesgos y crear una cultura de concientización, que no se enfoque como el cumplimiento de un requisito, sino que se realice gestión del riesgo y busquen que estos vayan



encaminados a que se cumplan los objetivos de la entidad.

Hacer simulacros preventivos donde se materialicen los riesgos, para probar la rápida toma de decisiones y ver si tanto los controles como acciones estipuladas con anterioridad realmente son las correctas y eficientes.

Para la identificación de riesgos deben tener en cuenta las auditorias tanto internas como externas.

Atentamente,

VERÓNICA GUTIÉRREZ DE PIÑERES MORALES

Jefe Oficina de Control Interno

ESE Hospital Local de Cartagena de Indias

Proyectado por: Jair Palacio Hernández - Profesional Universitario tipo I - Trabajador en Misión Suministrado por Multi Tempo SAS - Asignado a la Oficina Control Interno.