

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN



No.	Riesgo	Clasificación del riesgo	Definición
01	Favorecimiento a terceros	Corrupción	Posibilidad de favorecer a un tercero con el fin de obtener provecho propio o de un tercero. No reportar posibles actos de corrupción o irregularidades que se hayan encontrado en el ejercicio de sus funciones.
02	Manipulación o adulteración en la información de gestión institucional.	Corrupción	Manipular o adulterar la información con el fin de favorecer a terceros. Omitir o Emitir dictámenes o conceptos subjetivos y acomodados a los intereses de la alta dirección y/o terceros.
03	No asegurar un ambiente de control	Estratégico	No disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno
04	No asegurar la evaluación del riesgo	Operativo	No se identifica, evalúa y gestiona eventos potenciales, tanto internos y externos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales. Omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos propios de la función del auditor o evaluador independiente que afectan el objetivo del proceso.
05	No ejecutar las actividades de control de riesgos	Operativo	Al no ejecutar las actividades de control de los riesgos identificados no se logran los objetivos de la entidad.
06	No tener controles en la información y comunicación de la Entidad	Estratégico	Si no se identifica, captura y comunica la información pertinente a los funcionarios o servidores, éstos no pueden llevar a cabo sus responsabilidades. Información desactualizada, errónea, incompleta e inoportuna que se debe entregar a los diferentes usuarios internos y externos por parte de control interno.
07	No implementar actividades de monitoreo y supervisión continúa.	Operativo	Al no implementar las autoevaluaciones y auditorías no se puede determinar si los componentes del sistema de control interno SCI, están presentes y funcionando.
08	Incumplimiento en la aplicación de la normatividad vigente con respecto al control interno.	Estratégico	Omisión, olvido y/o desconocimiento por parte de la alta dirección con la aplicación de la normatividad vigente emitida por los entes nacionales o departamentales que rigen el proceso y con la implementación del mismo en la entidad.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

No.	Riesgo	Clasificación del riesgo	Definición
09	Inadecuado proceso de selección del personal para el cargo de asesor de control interno.	Operativo	La selección del recurso humano para el cargo de asesor de control interno en el hospital sin los requisitos legales como son estudios, experiencia, competencias y habilidades .
10	Incumplimiento con la elaboración y seguimientos a los planes de mejoramiento	Operativo	Que no sean elaborados los planes de mejoramiento y/o presentados por parte de los auditados a la oficina de control interno para su seguimiento.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -	VERSIÓN: 2.0 - 2.021	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno
FECHA: 11 de Noviembre de 2.021	APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.	



CONTEXTO ESTRATEGICO DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN



OBJETIVO DEL PROCESO		Realizar la evaluación y seguimiento a los diferentes procesos, procedimientos, programas, proyectos y actividades de acuerdo con unas pautas establecidas en el Manual de Auditorías Internas, con el fin de asegurar la objetividad, transparencia, imparcialidad, eficacia y eficiencia de las mismas y así lograr un mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.
FECHA	2021-11-16	

No.	Contexto	Etapas del proceso	Fuentes o factores de riesgo	Causas
1	INTERNO	Durante	Desconocimiento del plan anticorrupción No aplicación del Código de Integridad Falta adherencia al procedimiento	1. Falta difusión del plan anticorrupción. 2. Falta difusión y aplicación del código del código Integridad. 3. Falta de adherencia al procedimiento. 4. Expedición irregular de actos y contratos viciados de legalidad, imprecisos o desfavorables para los intereses del hospital. 5. Falta adherencia a la normatividad. 6. Concentración de poder 7. Amiguismo - clientelismo
2	INTERNO	Durante	Desconocimiento del plan anticorrupción No aplicación del Código de Integridad No aplicación del procedimiento de custodia de la información	1. Falta difusión del plan anticorrupción. 2. Falta difusión y aplicación del código Integridad 3. Falta adherencia a procesos y procedimientos de gestión documental. 4. Amiguismo - clientelismo 5. Concentración de poder

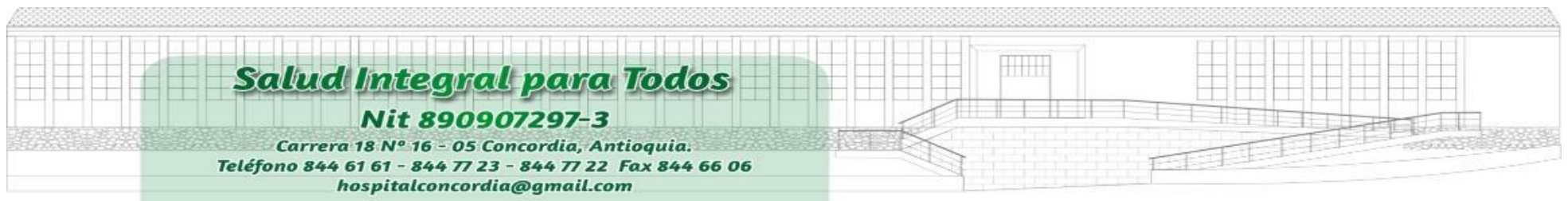


No.	Contexto	Etapas del proceso	Fuentes o factores de riesgo	Causas
3	INTERNO	Durante	No aplicación del código de integridad Falta de planeación estratégica frente al control Desconocimiento del plan anticorrupción Desconocimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	1. No hay compromisos con la integridad (valores) y principios éticos del servidor público 2. No definir políticas de talento humano 3. No asignar responsabilidad y autoridad en todos los niveles de la organización frente al riesgo 4. No establecer líneas de reporte periódico dentro de la entidad que faciliten la toma de decisiones 5. No definir un plan estratégico de control 6. No tener la estructura de las líneas de defensa
4	INTERNO Y EXTERNO	Antes Durante Después	No aplicación de la política de administración del riesgo Desconocimiento del plan anticorrupción Desconocimiento en gestión de riesgos Desconocimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	1. No tener política de administración del riesgo 2. No tener actualizado el mapa de riesgos institucional y de corrupción 3. No evaluar el estado de madurez de la gestión del riesgo 4. No identificar, analizar y evaluar los cambios en el entorno externo 5. No capacitar al personal en la gestión del riesgo 6. Falta difusión del plan anticorrupción 7. No tener la estructura de las líneas de defensa.
5	INTERNO	Durante	Falta de planeación en la ejecución de las actividades de control desconocimientos en gestión de riesgos Desconocimiento de la política en administración del riesgo	1. No tener hoja de ruta para realizar acciones de control 2. No capacitar al personal en el diseño y ejecución de los controles 3. No revisar política y procedimientos en administración de riesgos 4. No tener definida la estructura de las líneas de defensa
6	INTERNO Y EXTERNO	Antes Durante Después	Falta de planeación estratégica en el manejo y comunicación de la información relevante dentro y en el entorno de la entidad.	1. Falta de política de la información y comunicación (consecución, procesamiento y generación de datos oportunos y correctos dentro y en el entorno de la entidad) 2. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles 3. No está definido el método de comunicación permanente 4. No tener definida la estructura de las líneas de defensa.



No.	Contexto	Etapas del proceso	Fuentes o factores de riesgo	Causas
7	INTERNO	Durante Después	Desconocimiento en gestión de riesgos Desconocimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	1. No tener cronograma anual de auditorías 2. No funcionamiento de los comités de gestión y desempeño y el de coordinación de control interno. 3. No realizar autodiagnósticos o autoevaluaciones a los diferentes procesos de la entidad para conocer el avance en el desarrollo de la gestión, además realizar los planes de mejoramiento. 4. No tener definido la estructura de las líneas de defensa.
8	INTERNO Y EXTERNO	Antes Durante Después	Falta de planeación estratégica frente a la normatividad establecida. No contar con un normograma actualizado en el Hospital.	1. No se aplica la normatividad expedida por el gobierno nacional y/o dptal frente al sistema de control interno. 2. Error en el procedimiento de Control Interno. 3. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles 4. No tener definido la estructura de las líneas de defensa.
9	INTERNO Y EXTERNO	Antes Durante	Desconocimiento en el proceso de selección de personal. No aplicación del Código de Integridad. Falta adherencia al procedimiento	1. Falta difusión y aplicación del código del código Integridad. 2. Falta de adherencia al procedimiento. 3. Amiguismo - clientelismo 4. Concentración de poder
10	INTERNO	Durante Después	Desconocimiento del procedimiento de mejora continua. Desconocimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	1. No contar con un formato estandarizado e implementado en el Hospital para el plan de mejoramiento. 2. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles. 3. Deficiente capacitación al personal de la entidad en la elaboración y manejo de los planes de mejoramiento.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -	VERSIÓN: 2.0 - 2.021	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno
FECHA: 16 de Noviembre de 2.021	APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.	



IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN



FECHA	16/11/2021
-------	------------

No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)
01	Favorecimiento a terceros	Posibilidad de favorecer a un tercero con el fin de obtener provecho propio o de un tercero. No reportar posibles actos de corrupción o irregularidades que se hayan encontrado en el ejercicio de sus funciones.	1. Falta difusión del plan anticorrupción. 2. Falta difusión y aplicación del código del código Integridad. 3. Falta de adherencia al procedimiento. 4. Expedición irregular de actos y contratos viciados de legalidad, imprecisos o desfavorables para los intereses del hospital. 5. Falta adherencia a la normatividad. 6. Concentración de poder 7. Amiguismo - clientelismo	1. Investigaciones y/o sanciones disciplinarias 2. Detrimento patrimonial 3. Pérdida de imagen credibilidad y confianza
02	Manipulación o adulteración en la información de gestión institucional.	Desconocimiento del plan anticorrupción No aplicación del Código de Integridad No aplicación del procedimiento de custodia de la información	1. Falta difusión del plan anticorrupción. 2. Falta difusión y aplicación del código Integridad 3. Falta adherencia a procesos y procedimientos de gestión documental. 4. Amiguismo - clientelismo 5. Concentración de poder	1. Investigaciones y/o sanciones disciplinarias 2. Pérdida de imagen credibilidad y confianza



No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)
03	No asegurar un ambiente de control	No aplicación del código de integridad Falta de planeación estratégica frente al control Desconocimiento del plan anticorrupción Desconocimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	1. No hay compromisos con la integridad (valores) y principios éticos del servidor público 2. No definir políticas de talento humano 3. No asignar responsabilidad y autoridad en todos los niveles de la organización frente al riesgo 4. No establecer líneas de reporte periódico dentro de la entidad que faciliten la toma de decisiones 5. No definir un plan estratégico de control 6. No tener la estructura de las líneas de defensa	1. Pérdida de imagen 2. Pérdida de credibilidad y confianza 3. Materialización de los riesgos 4. Pérdidas económicas 5. Pérdida de bienes 6. Daño ambiental 7. Sanciones por los entes de control 8. Inoportunidad en la toma de decisiones
04	No asegurar la evaluación del riesgo	No se identifica, evalúa y gestiona eventos potenciales, tanto internos y externos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales. Omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos propios de la función del auditor o evaluador independiente que afectan el objetivo del proceso.	1. No tener política de administración del riesgo 2. No tener actualizado el mapa de riesgos institucional y de corrupción 3. No evaluar el estado de madurez de la gestión del riesgo 4. No identificar, analizar y evaluar los cambios en el entorno externo 5. No capacitar al personal en la gestión del riesgo 6. Falta difusión del plan anticorrupción 7. No tener la estructura de las líneas de defensa.	1. Pérdida de imagen 2. Pérdida de credibilidad y confianza 3. Materialización de los riesgos 4. Pérdidas económicas 5. Pérdida de bienes 6. Daño ambiental 7. Sanciones por los entes de control 8. Inoportunidad en la toma de decisiones



No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)
05	No ejecutar las actividades de control de riesgos	Al no ejecutar las actividades de control de los riesgos identificados no se logran los objetivos de la entidad.	1. No tener política de administración del riesgo 2. No tener actualizado el mapa de riesgos institucional y de corrupción 3. No evaluar el estado de madurez de la gestión del riesgo 4. No identificar, analizar y evaluar los cambios en el entorno externo 5. No capacitar al personal en la gestión del riesgo 6. Falta difusión del plan anticorrupción 7. No tener la estructura de las líneas de defensa.	1. Pérdida de imagen 2. Pérdida de credibilidad y confianza 3. Materialización de los riesgos 4. Pérdidas económicas 5. Pérdida de bienes 6. Daño ambiental 7. Sanciones por los entes de control 8. Inoportunidad en la toma de decisiones
06	No tener controles en la información y comunicación de la Entidad	Si no se identifica, captura y comunica la información pertinente a los funcionarios o servidores, éstos no pueden llevar a cabo sus responsabilidades. Información desactualizada, errónea, incompleta e inoportuna que se debe entregar a los diferentes usuarios internos y externos por parte de control interno.	1. Falta de política de la información y comunicación (consecución, procesamiento y generación de datos oportunos y correctos dentro y en el entorno de la entidad) 2. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles 3. No está definido el método de comunicación permanente 4. No tener definida la estructura de las líneas de defensa.	1. Pérdida de imagen 2. Pérdida de credibilidad y confianza 3. Inoportunidad en la toma de decisiones 4. No hay acceso a la información oportuna y veraz por parte de los interesados 5. Sanciones por los entes de control



No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)
07	No implementar actividades de monitoreo y supervisión continúa.	Al no implementar las autoevaluaciones y auditorías no se puede determinar si los componentes del sistema de control interno SCI, están presentes y funcionando.	1. No tener cronograma anual de auditorías 2. No funcionamiento de los comités de gestión y desempeño y el de coordinación de control interno. 3. No realizar autodiagnósticos o autoevaluaciones a los diferentes procesos de la entidad para conocer el avance en el desarrollo de la gestión, además realizar los planes de mejoramiento. 4. No tener definido la estructura de las líneas de defensa.	1. Pérdida de imagen 2. Pérdida de credibilidad y confianza 3. Materialización de los riesgos 4. Pérdidas económicas 5. Pérdida de bienes 6. Daño ambiental 7. Sanciones por los entes de control 8. Inoportunidad en la toma de decisiones
08	Incumplimiento en la aplicación de la normatividad vigente con respecto al control interno.	Omisión, olvido y/o desconocimiento por parte de la alta dirección con la aplicación de la normatividad vigente emitida por los entes nacionales o departamentales que rigen el proceso y con la implementación del mismo en la entidad.	1. No se aplica la normatividad expedida por el gobierno nacional y/o dptal frente al sistema de control interno. 2. Error en el procedimiento de Control Interno. 3. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles 4. No tener definido la estructura de las líneas de defensa.	1. Investigaciones y/o sanciones disciplinarias 2. Perdida de imagen credibilidad y confianza 3. Sanciones por los entes de control 4. Incumplimiento con el objetivo del proceso.
09	Inadecuado proceso de selección del personal para el cargo de asesor de control interno.	La selección del recurso humano para el cargo de asesor de control interno en el hospital sin los requisitos legales como son estudios, experiencia, competencias y habilidades .	1. Falta difusión y aplicación del código del código Integridad. 2. Falta de adherencia al procedimiento. 3. Amiguismo - clientelismo 4. Concentración de poder	1. Investigaciones y/o sanciones disciplinarias 2. Perdida de imagen credibilidad y confianza 3. Sanciones por los entes de control 4. Errores y fallas en la ejecución de los procesos.



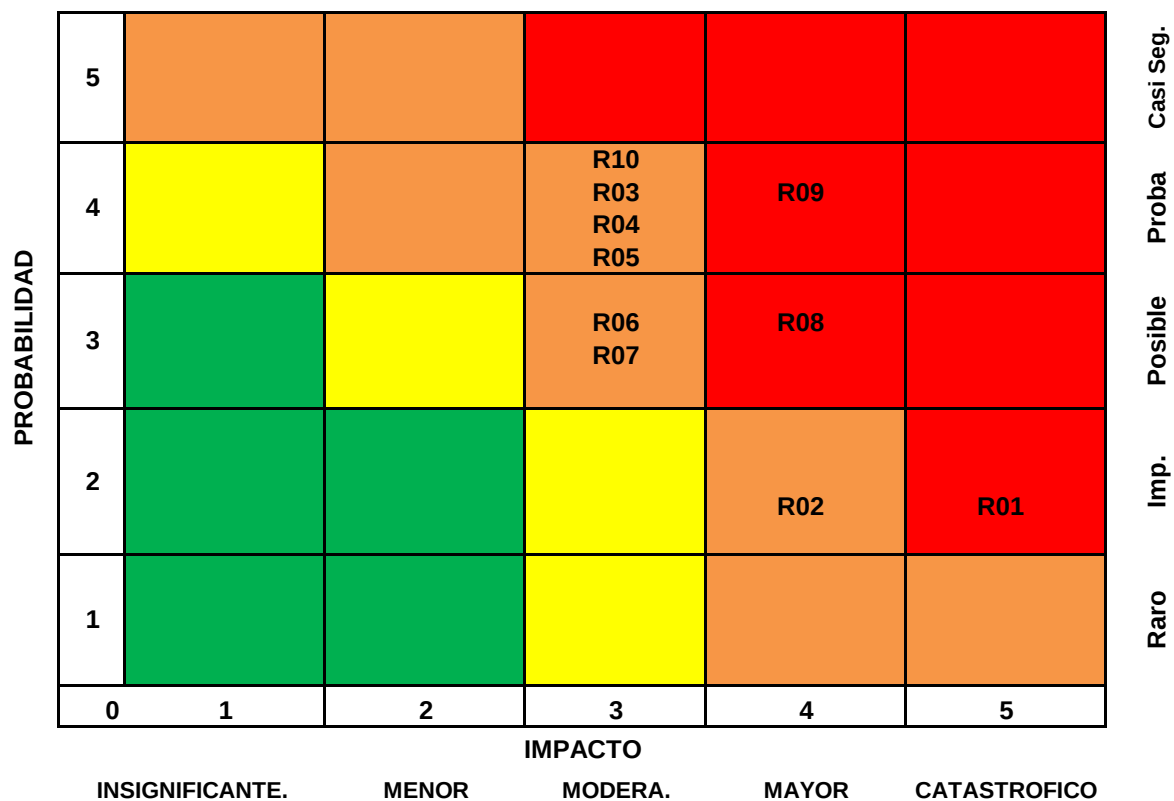
No.	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)
10	Incumplimiento con la elaboración y seguimientos a los planes de mejoramiento	Que no sean elaborados los planes de mejoramiento y/o presentados por parte de los auditados a la oficina de control interno para su seguimiento.	1. No contar con un formato estandarizado e implementado en el Hospital para el plan de mejoramiento. 2. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles. 3. Deficiente capacitación al personal de la entidad en la elaboración y manejo de los planes de mejoramiento.	1. Investigaciones y/o sanciones disciplinarias 2. Inoportunidad en la toma de decisiones 3. Incumplimiento con el objetivo del proceso.

RIESGO	Representa la capacidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos
CAUSAS	(Factores internos o externos) son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo; se pueden clasificar en cinco categorías: personas, materiales, comités, instalaciones y entorno.
DESCRIPCIÓN	Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.
EFFECTOS	(Consecuencias) Constituye las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes como daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -	VERSIÓN: 2.0 - 2.021	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno
FECHA: 16 de Noviembre de 2.021	APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.	



GRÁFICA DE CALOR DEL LOS RIESGOS DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN



Proceso	No.	Impacto	Probabilidad
Control de Gestión	01	5	2
	02	4	2
	03	3	4
	04	3	4
	05	3	4
	06	3	3
	07	3	3
	08	4	3
	09	4	2
	10	3	4

	ZONA RIESGO EXTREMA
	ZONA RIESGO ALTA
	ZONA RIESGO MODERADA
	ZONA RIESGO BAJA

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -

VERSIÓN: 2.0 - 2.021

PREPARADO POR: Oficina de Control Interno

FECHA: 16 de Noviembre de 2.021

APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

ANALISIS DEL RIESGO DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN



RIESGO INHERENTE

No.	RIESGO	IMPACTO	PROBABILIDAD	EVALUACIÓN DEL NIVEL DEL RIESGO	MEDIDAS DE RESPUESTA Y/O DE MITIGACIÓN DEL RIESGO
01	Favorecimiento a terceros	5	2	EXTREMO	Reducir-Mitigar el Riesgo
02	Manipulación o adulteración en la información de gestión institucional.	4	2	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo
03	No asegurar un ambiente de control	3	4	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo
04	No asegurar la evaluación del riesgo	3	4	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo
05	No ejecutar las actividades de control de riesgos	3	4	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo
06	No tener controles en la información y comunicación de la Entidad	3	3	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo
07	No implementar actividades de monitoreo y supervisión	3	3	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo
08	Incumplimiento en la aplicación de la normatividad vigente con respecto al control interno.	4	3	EXTREMO	Reducir-Mitigar el Riesgo
09	Inadecuado proceso de selección del personal para el cargo de asesor de control interno.	4	2	EXTREMO	Reducir-Mitigar el Riesgo
10	Incumplimiento con la elaboración y seguimientos a los planes de mejoramiento	3	4	ALTO	Reducir-Mitigar el Riesgo

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Nivel del riesgo Impacto vs Probabilidad		Tratamiento del riesgo
Extremo		Evitar
Alto		Compartir
Moderado		Reducir-Mitigar
Bajo		Aceptar

Tratamiento de riesgo	Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos incluidos los de corrupción
Aceptar el riesgo	NO se adoptan medidas que afecten la probabilidad o el impacto
Reducir el riesgo	Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto, por lo general conlleva a implementación de controles
Evitar el riesgo	Se abandonan actividades que dan lugar al riesgo, evitar las causas que están generando el riesgo
Compartir el riesgo	Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo, transfiriendo o compartiendo una parte de éste

CRITERIOS PARA CALIFICAR LA PROBABILIDAD			
NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.



CRITERIOS PARA CALIFICAR EL IMPACTO - RIESGOS DE GESTIÓN		
NIVEL	IMPACTO (CONSECUENCIAS) Cuantitativo	IMPACTO (CONSECUENCIAS) Cualitativo
Catastrófico	. Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 10\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 5\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 5\%$ del presupuesto general de la entidad.	. Interrupción de las operaciones de la entidad por más de cinco (5) días. - Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. - Pérdida de información crítica para la entidad que no se puede recuperar. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados.
Mayor	. Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 20\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 20\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 20\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 20\%$ del presupuesto general de la entidad.	. Interrupción de las operaciones de la entidad por más de dos (2) días. - Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. E4 - Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. . Interrupción de las operaciones de la entidad por más de dos (2) días.
Moderado	. Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 10\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 5\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 5\%$ del presupuesto general de la entidad.	. Interrupción de las operaciones de la entidad por un (1) día. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. - Inoportunidad en la información, ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. - Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. - Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias.



CRITERIOS PARA CALIFICAR EL IMPACTO - RIESGOS DE GESTIÓN

NIVEL	IMPACTO (CONSECUENCIAS) Cuantitativo	IMPACTO (CONSECUENCIAS) Cualitativo
Menor	- Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 1\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 5\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 1\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 1\%$ del presupuesto general de la entidad.	- Interrupción de las operaciones de la entidad por algunas horas. - Reclamaciones o quejas de los usuarios, que implican investigaciones internas disciplinarias. - Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
Insignificante	- Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 0,5\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 1\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 0,5\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 0,5\%$ del presupuesto general de la entidad.	- No hay interrupción de las operaciones de la entidad. - No se generan sanciones económicas o administrativas. - No se afecta la imagen institucional de forma significativa.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -

VERSIÓN: 2.0 - 2.021

PREPARADO POR: Oficina de Control Interno

FECHA: 16 de Noviembre de 2.021

APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

EVALUACIÓN DEL RIESGO DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN



No.	RIESGO	RIESGO INHERENTE			EVALUACIÓN DEL RIESGO	CONTROL EXISTENTE		RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO
		IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DEL RIESGO		CAUSAS	ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	IMPACTO	PROBABILIDAD	NUEVO NIVEL DE RIESGO	
01	Favorecimiento a terceros	5	2	EXTREMO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. Falta difusión del plan anticorrupción. 2. Falta difusión y aplicación del código del código Integridad. 3. Falta de adherencia al procedimiento. 4. Expedición irregular de actos y contratos viciados de legalidad, imprecisos o desfavorables para los intereses del hospital. 5. Falta adherencia a la normatividad. 6. Concentración de poder 7. Amiguismo - clientelismo	1. Difundir el código de integridad y el Plan anticorrupción con su equipo de trabajo 2. Aplicación de procedimientos 3. Aplicación manual de contratación 4. Normograma actualizado 5. Contar con un procedimiento de control interno disciplinario actualizado e implementarlo.				
02	Manipulación o adulteración en la información de gestión institucional.	4	2	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. Falta difusión del plan anticorrupción. 2. Falta difusión y aplicación del código Integridad 3. Falta adherencia a procesos y procedimientos de gestión documental. 4. Amiguismo - clientelismo 5. Concentración de poder	1. Difundir el código de integridad y el Plan anticorrupción con su equipo de trabajo 2. Aplicación de procedimientos 3. Revisión de la información por el funcionario competente. 4. Contar con un procedimiento de control interno disciplinario actualizado e implementarlo.				

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

No.	RIESGO	RIESGO INHERENTE			EVALUACIÓN DEL RIESGO	CONTROL EXISTENTE		RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO
		IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DEL RIESGO		CAUSAS	ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	IMPACTO	PROBABILIDAD	NUEVO NIVEL DE RIESGO	
03	No asegurar un ambiente de control	3	4	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. No hay compromisos con la integridad (valores) y principios éticos del servidor público 2. No definir políticas de talento humano 3. No asignar responsabilidad y autoridad en todos los niveles de la organización frente al riesgo 4. No establecer líneas de reporte periódico dentro de la entidad que faciliten la toma de decisiones 5. No definir un plan estratégico de control 6. No tener la estructura de las líneas de defensa	1. Realizar actividades, evaluaciones sobre los valores, estándares de conducta y difundir el código de integridad. 2. Definir y aplicar las políticas de talento humano. 3. Definir responsabilidades y autoridad en la política en administración del riesgo. 4. Definir líneas de reporte y periodicidad en la entidad. 5. Definir plan estratégico de control 6. Definir en la política en administración del riesgo las líneas de defensa.				
04	No asegurar la evaluación del riesgo	3	4	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. No tener política de administración del riesgo 2. No tener actualizado el mapa de riesgos institucional y de corrupción 3. No evaluar el estado de madurez de la gestión del riesgo 4. No identificar, analizar y evaluar los cambios en el entorno externo 5. No capacitar al personal en la gestión del riesgo 6. Falta difusión del plan anticorrupción 7. No tener la estructura de las líneas de defensa.	1. Aplicar política en administración del riesgo 2. Monitorear el estado de los riesgos aceptados y actualizar mapa de riesgos por materialización y por identificación de un nuevo riesgo. 3. Evaluar el estado de madurez del riesgo 4. Evaluar cambios en el entorno externo 5. realizar capacitaciones sobre riesgos 6. Socializar el plan anticorrupción 7. Definir estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.				

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

No.	RIESGO	RIESGO INHERENTE			EVALUACIÓN DEL RIESGO	CONTROL EXISTENTE		RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO
		IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DEL RIESGO		CAUSAS	ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	IMPACTO	PROBABILIDAD	NUEVO NIVEL DE RIESGO	
05	No ejecutar las actividades de control de riesgos	3	4	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. No tener hoja de ruta para realizar acciones de control 2. No capacitar al personal en el diseño y ejecución de los controles 3. No revisar política y procedimientos en administración de riesgos 4. No tener definida la estructura de las líneas de defensa	1. Cumplir con la hoja de ruta para realizar actividades de control 2. Capacitar al personal en diseño y ejecución de controles. 3. Verificar que los controles y la política de riesgos si ayuden a mitigar los riesgos 4. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.				
06	No tener controles en la información y comunicación de la Entidad	3	3	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. Falta de política de la información y comunicación (consecución, procesamiento y generación de datos oportunos y correctos dentro y en el entorno de la entidad) 2. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles 3. No está definido el método de comunicación permanente 4. No tener definida la estructura de las líneas de defensa.	1. Cumplir con las políticas y lineamientos para comunicar información relevante. 2. Verificar que la información fluya a través de los canales establecidos 3. Verificar que el método de comunicación si esté funcionando. 4. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos				
07	No implementar actividades de monitoreo y supervisión continúa.	3	3	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. No tener cronograma anual de auditorías 2. No funcionamiento de los comités de gestión y desempeño y el de coordinación de control interno. 3. No realizar autodiagnósticos o autoevaluaciones a los diferentes procesos de la entidad para conocer el avance en el desarrollo de la gestión, además realizar los planes de mejoramiento. 4. No tener definido la estructura de las líneas de defensa.	1.Desarrollar el cronograma anual de auditorías aprobado 2. Reuniones de los comités de gestión y desempeño y el de coordinación de control interno. 3. Realizar autodiagnósticos a los diferentes procesos 4. Evaluar los resultados y monitorear las medidas correctivas (planes de mejoramiento) 5. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.				



No.	RIESGO	RIESGO INHERENTE			EVALUACIÓN DEL RIESGO	CONTROL EXISTENTE		RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO
		IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DEL RIESGO		CAUSAS	ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	IMPACTO	PROBABILIDAD	NUEVO NIVEL DE RIESGO	
08	Incumplimiento en la aplicación de la normatividad vigente con respecto al control interno.	4	3	EXTREMO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. No se aplica la normatividad expedida por el gobierno nacional y/o dptal frente al sistema de control interno. 2. Error en el procedimiento de Control Interno. 3. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles 4. No tener definido la estructura de las líneas de defensa.	1. Normograma actualizado e implementado. 2. Actualización del proceso de control interno. 3. Elaborar e implementar un programa de comunicación e implmentarlo. 4. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.				
09	Inadecuado proceso de selección del personal para el cargo de asesor de control interno.	4	2	EXTREMO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. Falta difusión y aplicación del código del código Integridad. 2. Falta de adherencia al procedimiento. 3. Amiguismo - clientelismo 4. Concentración de poder	1. Difundir el código de integridad y el Plan anticorrupción con su equipo de trabajo . 2. Aplicación del procedimiento de control de gestión. 3. Contar con un procedimiento de control interno diciplinario actualizado e implementarlo.				
10	Incumplimiento con la elaboración y seguimientos a los planes de mejoramiento	3	4	ALTO	REDUCIR O MITIGAR EL RIESGO	1. No contar con un formato estandarizado e implementado en el Hospital para el plan de mejoramiento. 2. Falta de líneas de comunicación o reporte en todos los niveles. 3. Deficiente capacitacion al personal de la entidad en la elaboración y manejo de los planes de mejoramiento.	1. Elaborar, adoptar, socializar e implementar el formato para los planes de mejoramiento. 2. Elaborar e implementar un programa de comunicación e implmentarlo. 3. Establecer jornadas de capacitación para la elaboración de los planes de mejoramiento				

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -	VERSIÓN: 2.0 - 2.021	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno
FECHA: 16 de Noviemvbre de 2.021	APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.	



MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO DE CONTROL DE GESTIÓN


No.	RIESGO	Clasificación del riesgo	RIESGO INHERENTE			ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIONES PREVENTIVAS Y/O DETECTIVAS	INDICADORES	
			IMPACTO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO		IMPACTO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO			EFICIENCIA (Cumplimiento actividades de control)	EFFECTIVIDAD (Es la no materialización del riesgo)
01	Favorecimiento a terceros	Corrupción	5	2	EXTREMO	1. Difundir el código de integridad y el Plan anticorrupción con su equipo de trabajo 2. Aplicación de procedimientos 3. Aplicación manual de contratación 4. Normograma actualizado 5. Contar con un procedimiento de control interno disciplinario actualizado e implementarlo.					1. Realizar evaluación y seguimiento al cumplimiento de las actividades de control existentes. 2. Sensibilización al personal en temas de corrupción. 3. Aplicación de la ley 1952 del 28 de enero de 2019, Código General Disciplinario.	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Total de hallazgos relacionados con favorecimiento a terceros
02	Manipulación o adulteración en la información de gestión institucional.	Corrupción	4	2	ALTO	1. Difundir el código de integridad y el Plan anticorrupción con su equipo de trabajo 2. Aplicación de procedimientos 3. Revisión de la información por el funcionario competente. 4. Contar con un procedimiento de control interno disciplinario actualizado e implementarlo.					1. Realizar evaluación y seguimiento al cumplimiento de las actividades de control existentes. 2. Sensibilización al personal en temas de corrupción. 3. Aplicación de la ley 1952 del 28 de enero de 2019, Código General Disciplinario.	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Total de hallazgos relacionados con manipulación o adulteración de la información
03	No asegurar un ambiente de control	Estratégico	3	4	ALTO	1. Realizar actividades, evaluaciones sobre los valores, estándares de conducta y difundir el código de integridad. 2. Definir y aplicar las políticas de talento humano. 3. Definir responsabilidades y autoridad en la política en administración del riesgo. 4. Definir líneas de reporte y periodicidad en la entidad. 5. Definir plan estratégico de control 6. Definir en la política en administración del riesgo las líneas de defensa.					1. Compromiso de integridad 2. Asegurar estructura organizacional 3. Personas idóneas y responsables en la gestión del riesgo 4. Compromiso de la alta dirección en la consecución de los objetivos 5. Asegurar un responsable con las líneas de defensa del MECI	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Proporción de actividades relacionadas con la difusión del código de integridad

Salud Integral para Todos
Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

No.	RIESGO	Clasificación del riesgo	RIESGO INHERENTE			ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIONES PREVENTIVAS Y/O DETECTIVAS	INDICADORES	
			IMPACTO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO		IMPACTO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO			EFICIENCIA (Cumplimiento actividades de control)	EFFECTIVIDAD (Es la no materialización del riesgo)
04	No asegurar la evaluación del riesgo	Operativo	3	4	ALTO	1. Aplicar política en administración del riesgo 2. Monitorear el estado de los riesgos aceptados y actualizar mapa de riesgos por materialización y por identificación de un nuevo riesgo. 3. Evaluar el estado de madurez del riesgo 4. Evaluar cambios en el entorno externo 5. realizar capacitaciones sobre riesgos 6. Socializar el plan anticorrupción 7. Definir estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.					1. Identificar, analizar y valorar los riesgos Institucionales y definir controles 2. Realizar Plan Anticorrupción	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Proporción de riesgos anticorrupción detectados
05	No ejecutar las actividades de control de riesgos	Operativo	3	4	ALTO	1. No tener hoja de ruta para realizar acciones de control 2. No capacitar al personal en el diseño y ejecución de los controles 3. No revisar política y procedimientos en administración de riesgos 4. No tener definida la estructura de las líneas de defensa					1. Implementar las actividades para mitigar el riesgo 2. Implementar políticas de operación 4. Monitorear la implementación de lineamientos de riesgos 5. Evaluar la gestión del riesgo en la entidad e informar a la alta dirección	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Proporción de riesgos anticorrupción gestionados
06	No tener controles en la información y comunicación de la Entidad	Estratégico	3	3	ALTO	1. Cumplir con las políticas y lineamientos para comunicar información relevante. 2. Verificar que la información fluya a través de los canales establecidos 3. Verificar que el método de comunicación si esté funcionando. 4. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos					1. Obtener y generar información oportuna y de calidad 2. Comunicar internamente la información 3. Comunicarse con los grupos de valor	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Total de hallazgos relacionados con manipulación o adulteración de la información en auditoría
07	No implementar actividades de monitoreo y supervisión continúa.	Operativo	3	3	ALTO	1. Desarrollar el cronograma anual de auditorías aprobado 2. Reuniones de los comités de gestión y desempeño y el de coordinación de control interno. 3. Realizar autodiagnósticos a los diferentes procesos 4. Evaluar los resultados y monitorear las medidas correctivas (planes de mejoramiento) 5. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.					1. Aplicar evaluaciones y autoevaluaciones 2. Adelantar auditorías internas de gestión	Proporción de auditorías de control interno efectuadas	Proporción de informes de control interno presentados
08	Incumplimiento en la aplicación de la normatividad vigente con respecto al control interno.	Estratégico	4	3	EXTREMO	1. Normograma actualizado e implementado. 2. Actualización del proceso de control interno. 3. Elaborar e implementar un programa de comunicación e implementarlo. 4. Definir la estructura de las líneas de defensa en la política de riesgos.					1. Consultar las paginas del gobierno nacional con el fin de establecer cambio o nuevas normas relacionadas con control interno	Proporción de normas nuevas o delas que se actualizaron	Proporción de normas adoptadas e implementadas



No.	RIESGO	Clasificación del riesgo	RIESGO INHERENTE			ACTIVIDAD DE CONTROL A LA CAUSA	RIESGO RESIDUAL			OPCIÓN DE MANEJO O TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIONES PREVENTIVAS Y/O DETECTIVAS	INDICADORES	
			IMPACTO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO		IMPACTO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO			EFICIENCIA (Cumplimiento actividades de control)	EFFECTIVIDAD (Es la no materialización del riesgo)
09	Inadecuado proceso de selección del personal para el cargo de asesor de control interno.	Operativo	4	2	EXTREMO	1. Difundir el código de integridad y el Plan anticorrupción con su equipo de trabajo . 2. Aplicación del procedimiento de control de gestión. 3. Contar con un procedimiento de control interno disciplinario actualizado e implementarlo.					1, Tener muy claro los requisitos para la selección del asesor de control interno. 2, Contar con un adecuado procedimiento. 3.Revision del procedimiento de selección y los documentos que se presentan.	Concursos realizados candidatos inscritos	Asesor nombrado
10	Incumplimiento con la elaboración y seguimientos a los planes de mejoramiento	Operativo	3	4	ALTO	1. Elaborar, adoptar, socializar e implementar el formato para los planes de mejoramiento. 2. Elaborar e implementar un programa de comunicación e implementarlo. 3. Establecer jornadas de capacitación para la elaboración de los planes de mejoramiento					1, Capacitar al personal en el procedimiento de planes de mejoramiento. 2, Contar con formato para elaborar los planes de mejoramiento.	Proporción de planes elaborados y presentados	Proporción de planes de mejoramiento revisados

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 -	VERSIÓN: 2.0 - 2.021	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno
FECHA: 16 de Noviembre de 2021	APROBADO POR : Gerente Empresa Social del Estado.	

