

**FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

Informe N° 107.4.10

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	05 de junio de 2025		
TÍTULO DEL INFORME	Informe de seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), correspondiente al período comprendido entre enero y abril de 2025.		
TIPO DE ACTIVIDAD	Auditoría		
	Seguimiento	X	
OBJETIVO DEL INFORME	Realizar el seguimiento a la implementación y aplicación del SICOF durante el primer cuatrimestre de 2025, con el fin de verificar el cumplimiento normativo y el fortalecimiento del control institucional frente a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude		
ALCANCE DEL INFORME:	El seguimiento se centrará en las actividades desarrolladas por el Oficial de Cumplimiento en el sistema SICOF durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2025. Este seguimiento incluirá la verificación del cumplimiento normativo, así como la revisión del manual, los anexos y los formatos asociados. Todo ello se realizará tomando como referencia los lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 2021170000005-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud).		
MARCO NORMATIVO:	Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 por medio del cual se adopta el subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF LEY 1474 de 2011 El Estatuto Anticorrupción crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).		
PROCESO A REALIZAR SEGUIMIENTO	Planeación- Oficial de cumplimiento	Nombre completo del jefe de proceso / coordinador	JOSÉ ALEJANDRO MARTÍNEZ REALPE
ARTICULACION CON EL MECI:	Séptima Dimensión MIPG		
CONTENIDO			
1. Introducción 2. Metodología 3. Desarrollo del seguimiento 4. Conclusión 5. Recomendaciones			

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

DESARROLLO DEL CONTENIDO

1. Introducción

El SICOF hace parte de la estrategia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y se enmarca dentro del Sistema de Control Interno definido por la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y la Directiva Presidencial 08 de 2022 en Colombia. Tiene como objetivo prevenir el fraude, la corrupción y la opacidad, a través de una estructura funcional y sistemática.

Este informe presenta el resultado del seguimiento realizado a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), correspondiente al primer cuatrimestre del año 2025. En cumplimiento al numeral 5.2.3.5.4.2 de la CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) donde se imparte las directrices para su implementación, y Plan General de Auditorias de la Oficina de Control Interno.

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) es una herramienta implementada para prevenir, detectar y mitigar riesgos de corrupción, fraude y falta de transparencia en la gestión pública. El Hospital Universitario San José E.S.E, en cumplimiento de la Circular Externa No. 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud donde se imparte las directrices para su implementación.

2. Metodología

El seguimiento se realizó mediante revisión documental, entrevistas estructuradas con el Oficial de Cumplimiento, y análisis de evidencias generadas durante el periodo evaluado (enero a abril de 2025). Los criterios de evaluación fueron establecidos con base en los lineamientos de la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021.

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

Desarrollo del seguimiento

3.1 Seguimiento a la matriz de riesgos de corrupción:

En desarrollo del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la opacidad y el Fraude-SICOF se observó que la Institución ha establecido las etapas, donde cuenta con mecanismos estadísticos, para la identificación de los riesgos, medición, control y monitoreo, por medio de Planes de acción donde se está realizando seguimiento cuatrimestral a la Matriz de Riesgo, como resultado la Oficina de Planeación da a conocer el seguimiento a los principales riesgos que tiene estandarizado el Hospital:

- ✓ Apropiación de dinero y/o bienes institucionales (Hurto y/o peculado)
- ✓ Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales
- ✓ Estudios previos direccionados
- ✓ Mal uso de los recursos de caja menor
- ✓ Alteración de los valores de la nómina y las prestaciones sociales
- ✓ Prestación de servicios no facturados, auditados ni radicados.

SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO MATRIZ DE CORRUPCION PRIMER CUATRIMESTRE 2025

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMADAS	CANTIDAD EJECUTADAS	%
ADMINISTRATIVOS	36	32	89%
ASISTENCIALES	38	33	87%
TOTAL	73	65	89%

Se cuenta con 6 riesgos de corrupción previamente identificados, con 24 controles

RIESGOS DE CORRUPCION 2024		
AREAS	No. RIESGOS DE CORRUPCION	No. DE CONTROLES
Todos los Procesos	3	12
Subgerencia Administrativa y financiera	3	12
Talento Humano		
Facturación y auditoria de cuentas		
TOTAL:	6	24

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

De los 24 controles específicos en los procesos para la gestión de los riesgos, 65 procesos se llevaron a cabo para un cumplimiento del 89%.

Los procesos que no presentaron matriz de corrupción fueron: **Cirugía, Urgencias pediátrica, Pediatría, Endoscopia, Facturación, Aseo, Lavandería, Vigilancia.**

RECOMENDACIONES

- Programar sesiones de actualización periódicas sobre gestión del riesgo y SICOE.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por los líderes.
- Incluir la evaluación de la gestión del riesgo como criterio en las auditorías internas.
- Fortalecer el acompañamiento técnico desde la Oficina de Planeación y Cumplimiento.

3.2 Programa de Capacitación

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		FO-ARH-01
			Versión: 05
			Página 1 de 1

Se verificó el cumplimiento de las actividades asignadas al Oficial de Cumplimiento en el marco del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOE). En este contexto, las entidades deben diseñar, programar y coordinar planes de capacitación dirigidos a todas las áreas y funcionarios, con el objetivo de fortalecer la gestión del riesgo asociado a corrupción, opacidad y fraude. Esta actividad se ha venido implementando a través de los procesos de inducción y las capacitaciones programadas para la vigencia 2025.

TEMA DE LA REUNION			SOCIALIZACIÓN, ASESORIA, REVISIÓN, AJUSTE Y CONSTRUCCIÓN MAPAS DE RIESGOS POR PROCESO VIGENCIA 2025		
ACTA No.	FECHA		HORA	LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
1	28	02	2025	INICIAL FINAL	OFICINA DE PLANEACION Angelli Danielly Mera

ASISTENTES O INTEGRANTES			
NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	CARGO	DEPENDENCIA O SERVICIO
Se anexa listado de participantes			
ORDEN DEL DÍA			
1. SOCIALIZACIÓN, ASESORIA, REVISIÓN, AJUSTE Y CONSTRUCCIÓN MAPAS DE RIESGOS POR PROCESO VIGENCIA 2025			

**FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					OPL-PD04-FO21
FECHA: 28/02/2025		LUGAR:		COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION		HORA:	
TEMA (S):		Versión: 02					
Socialización, Asesoría, Revisión, corrección de mapas de riesgos 2025							
MONITOR (ES): Angerica MORA Aranda							
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Angie Ruiz Hondo	106180987	Administrativo	Asesalud	Int. Psicosocial	angie.rhondoo@gmail.com	Angie Ruiz H.
2	John Freddy Peltuco M.	10744000	coordinador	Asesalud	Int. Psicosocial	coordinador@hospitalsanjo.gov.co	John Peltuco
3	Juan Carlos Giron	1061765170	Enf. IAAS	Asesalud	PIAAS	juancgiron30@gmail.com	Juan Carlos Giron
4	Verison Burbano L.	1061761567	Enfermero IAAS	Asesalud	PIAAS	comite_infecciones@hospital	Verison Burbano
5	Ricardo Zúñiga Muñoz	76322684	Coordinador	HUSJ	Pediatrica		Ricardo Zúñiga
6	Adrian David Diaz	1061760503	Ing. Ambiental	Asesalud	Gestión Ambiental	gestionambiental@hospitalsanjo.gov.co	Adrian Diaz
7	Tatly fernanda Ochoa	3432778	Enfermera G	HUSJ	COORDINACIÓN REFERENCIA	coordinacion@hospitalsanjo.gov.co	Tatly fernanda Ochoa
8	Alma	76312422	Almacen	HUSJ	Almacenamiento	almacen@hospitalsanjo.gov.co	Alma

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		Anexo al OPL-PD04 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					OPL-PD04-FO23
FECHA: 28/02/2025		LUGAR: Javi de Patricia #2		COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION		HORA:	
TEMA (S):		Versión: 02					
Socialización, Asesoría, Revisión, corrección de mapas 2025 -							
MONITOR (ES): Angerica MORA Aranda							
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
20	Jenny Chango	36451630	Coordinadora	Asesalud	Salud Mat	saludmat@hospitalsanjo.gov.co	Jenny Chango
21	David Soto Lopez	106180987	Coordinador	Asesalud	Asesalud	whhuanan@hospitalsanjo.gov.co	David Soto
22	Wendy fda. Losada	106180987	Lider Calidad	Asesalud	Asesalud	lidercalidad@hospitalsanjo.gov.co	Wendy fda. Losada
23	Danyany Ordóñez Diaz	7234338280	Lider Calidad	Asesalud	Asesalud	lidercalidad@hospitalsanjo.gov.co	Danyany Ordóñez
24	Ricardo Zúñiga Muñoz	76322684	Coordinador	HUSJ	Pediatrica	pediatrica@hospitalsanjo.gov.co	Ricardo Zúñiga
25	Ana Mercedes	3457954	Coordinador	HUSJ	Neonato	neonatos@hospitalsanjo.gov.co	Ana Mercedes
26	Miguel Meuduz	34571325	Coordinador	Asesalud	Origen	coordinacion@hospitalsanjo.gov.co	Miguel Meuduz
27	Yicela Urbano N.	106180987	Coordinador	Asesalud	Consulta externa	consultaexterna@hospitalsanjo.gov.co	Yicela Urbano

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

3.3 Código de Integridad

La Institución, bajo la coordinación del área de Talento Humano, ha socializado el Código de Integridad y de Servicio Público, adoptado mediante la Resolución N.º 0386 de 2020, a todos los servidores públicos y colaboradores. Esta socialización tuvo como propósito promover la apropiación de los principios y valores institucionales. La adherencia al contenido del código fue verificada a través de mecanismos de evaluación tipo **post test**, los cuales permitieron constatar el nivel de comprensión y compromiso de los funcionarios frente a los lineamientos establecidos.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	TALENTO HUMANO	FO-ARH-01
		Versión: 5
		Página 1 de 1

Popayan, mayo 15 del 2025

Señores:
Oficina Asesora Planeación
Programa de Transparencia y Ética Pública
Hospital Universitario San José ESE

Cordial Saludo

Anexo a la presente informe solicitado

INFORME DE INDUCCIÓN GENERAL

Temas: Bienvenida y Presentación Política de Talento Humano – Código de Integridad – Cultura Organizacional.

Concepto	Cantidad Inducciones	Periodo	Total Inducciones
Nro Inducciones Generales	Cada 15 días	Enero-Marzo (10 días)	16
	Cada 8 días	Abril -Mayo (6 días)	

Concepto	Cantidad Asistentes	Periodo	Total Participantes
Nro de Asistentes	16	Enero – Mayo	399
Trazabilidad de Ingresos	16	Enero -Mayo	227


MARTHA LUCÍA PAREDES BUSTAMANTE
 Profesional Universitario Gr.2, Coordinación Gestión Talento del Humano (A.F.)

Revisó: Martha Lucía Paredes Bustamante – Profesional Universitario Gr.2 – Asignación de Funciones en Talento Humano (A.F.)
 Realizó: Damaris Campo – Afiliada participante en el proceso de socialización
 Datos de Información: Socorro Pita

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

3.4 Mecanismos de recepción de las denuncias

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. cuenta con mecanismos para la recepción de las denuncias (Canales virtuales y Canales presenciales) que facilitan a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad:

CANALES VIRTUALES

6

03, 2024

recepción de denuncias

By Hospital San José | 6 marzo, 2024 | Categories: Uncategorized | Tags: Alianza por una atención digna e integral, atención en salud, Cauca, Hospital, Hospital Universitario, Hospital Universitario San José, Popayán, Salud | 0 Comments



Recepción de Denuncias El Hospital Universitario san José pone a disposición de la ciudadanía el este portal , donde las personas pueden realizar denuncias. ¿ Quienes pueden denunciar ? Funcionarios y trabajadores públicos de la ESE HUS Ex-funcionarios y ex trabajadores públicos de la ESE HUS Personal que preste servicios en la ESE HUS bajo cualquier modalidad de contratación o régimen laboral (276, 728, CAS, Servicio por Terceros y otros). Público usuario. Ciudadanía en general. ¿ Que echos pueden ser denunciados ? Los eventos vinculados a [...]

<https://hospitalsan jose.gov.co/index.php/informacion-sobre-los-mecanismos-espacios-o-instancias/>

- **Formulario web de denuncias:** Disponible en la sección de Transparencia de la página oficial www.hospitalsan jose.gov.co, permite el registro anónimo o identificado de denuncias relacionadas con posibles hechos de corrupción o irregularidades administrativas.
- **Correo electrónico institucional:** El correo electrónico oficial de la Oficina de Control Interno [controlinterno@hospitalsan jose.gov.co] recibe denuncias, quejas a alertas ciudadanas sobre comportamientos contrarios a la ética pública.
- **Sistema PQRS (Petitionen, Quejas, Reclamos y Sugerencias):** integrado en la plataforma web y de atención al usuario, permite canalizar denuncias cuando estas se presentan coma parte de un reclamo relacionado con el servicio a el comportamiento institucional.

CANALES PRESENCIALES

- **Buzones físicos de sugerencias y denuncias:** Ubicados en puntos estratégicos del hospital, coma la entrada principal y áreas de consulta externa, donde los usuarios pueden depositar de forma anónima sus denuncias a comentarios.
- **Atención directa en la Oficina de Control Interno de Gestión y la Oficina de Atención al Ciudadano:** Disponibles en horario laboral, donde el denunciante puede entregar por escrito su caso, baja reserva de identidad si así la desea.

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

3.5 Manual Gestión del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)

El Hospital cuenta con un manual de gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) el cual fue aprobado por la Junta Directiva mediante acuerdo N°.101.2 013 de fecha 15 de diciembre de 2022, en cumplimiento al numeral 5.2.3.5.1 literal e. "Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones

3.6 Identificación de oportunidades de mejora en la gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude.

- **Cumplimiento normativo:** Se evidenció cumplimiento parcial de los lineamientos establecidos, con avances significativos en la documentación, pero con oportunidades de mejora en la ejecución de actividades preventivas:
- Se identificó la ausencia de un informe periódico, al menos semestral, dirigido a la Junta Directiva y al Representante Legal, en el cual se informe sobre la evolución y aspectos relevantes del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). Dicho informe debe incluir, entre otros aspectos, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar, así como la identificación del área responsable de su ejecución. Esta obligación está establecida en el literal i) del numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 2011700000005-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD), donde la Junta Directiva debe pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes.

4. Conclusiones:

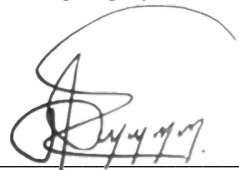
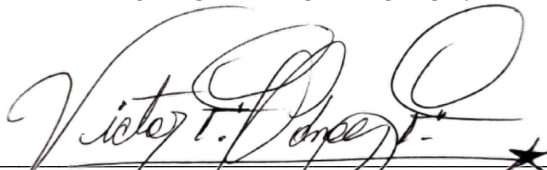
- Durante el primer cuatrimestre de 2025, se observaron avances significativos en la implementación del SICOF, particularmente en lo que respecta a los aspectos documentales. No obstante, aún subsisten áreas de mejora en cuanto a la integración operativa del sistema y en el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la prevención del riesgo.
- Es fundamental que tanto la administración como los colaboradores en general de la Institución comprendan que la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos SICOF debe ser concebida como una herramienta estratégica para fortalecer el sistema de control interno. Además, su correcta aplicación contribuye a mitigar los riesgos asociados a sanciones y posibles afectaciones a la reputación del hospital, lo cual podría tener un impacto negativo en la operación y en el patrimonio de la Institución.

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

5. Recomendaciones:

- Presentar de parte del oficial de cumplimiento a la Junta Directiva y al Representante Legal un informe periódico al menos semestral, sobre la evolución y los aspectos relevantes del SICOF, que incluya, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar, así como el área responsable de su ejecución. Esta obligación está en cumplimiento con el literal i) del numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 2011700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD) de igual manera
- Fortalecer la capacitación del personal involucrado en la operación del SICOF, asegurando la implementación de mecanismos de evaluación adecuados para medir su efectividad.
- Mejorar la infraestructura tecnológica que facilite la gestión eficiente y la trazabilidad del riesgo.
- Seguimiento a los procesos que no presentaron evidencia documental al seguimiento de la matriz de riesgos de corrupción, y en especial para aquellos procesos que son reiterativos como son: **Urgencias pediátricas, Pediatría, Aseo servicios generales y Aseo servicios generales/lavandería**
- Dejar constancia documental de todas las actuaciones realizadas en el ejercicio del rol del Oficial de Cumplimiento, como parte del soporte a la gestión del SICOF y en cumplimiento de los principios de trazabilidad y responsabilidad institucional.

Atentamente,

PROYECTADO POR: 	REVISADO Y APROBADO POR: 
DIANA PATRICIA LOAIZA RODRIGUEZ Afiliada Participe-Astrasalud	VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO Jefe Oficina Asesora Control Interno
PERSONAS INTERESADAS Dr. Juan Carlos Arteaga Cifuentes, Gerente	