



E.S.E.  
Hospital  
San Vicente de Paúl  
Caldas - Antioquia

CI 122-201700063

Caldas, Antioquia, 1 de febrero de 2016

Doctor  
ROBINSON DARÍO BUSTAMANTE RESTREPO  
Gerente  
ESE Hospital San Vicente de Paul  
Ciudad

Asunto: Informe de Auditoría proceso de Direccionamiento Estratégico

Dando cumplimiento al programa anual de auditoría de la Oficina de Control Interno me permito remitir el informe de seguimiento correspondiente a la auditoría de seguimiento realizada al proceso de Direccionamiento Estratégico- Administración del Riesgo.

Como resultado del ejercicio de auditoría se presentan hallazgo y/o oportunidades de mejora, para los cuales se debe presentar plan de mejoramiento dentro de los siete (7) días hábiles siguientes, de no implementarse acciones se estaría aceptando el riesgo que implicaría no tomar medidas.

Atentamente,

**PIEDAD NATALIA GÓMEZ CHAVARRIA**  
Jefe de Control Interno

Anexos: Informe de Auditoría y anexos relacionados en el informe



E.S.E.  
Hospital  
San Vicente de Paúl  
Caldas - Antioquia


## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Código:F.VM-010

Versión:01

Página:

<b>PROCESO AUDITADO:</b> Direccionamiento Estratégico-Administración de Riesgos	<b>CONSECUTIVO DE AUDITORIA:</b> Radicado 201700063
<b>Fecha del informe de auditoría:</b> 31 de enero 2017	<b>Auditado:</b> Robinson Darío Bustamante Restrepo, Gerente y equipo MECI.
<b>Auditor líder:</b> Piedad Natalia Gómez Ch.	<b>Auditoria previa verificada Fecha/ año:</b> NA
<b>Equipo auditor:</b> Jefe de Control Interno	
<b>Objetivo de la auditoría:</b> Informar a la alta dirección acerca del estado actual de la Administración de riesgos y su gestión en la entidad.	
<b>Criterios de Auditoría:</b> Política de administración de riesgos incluida en el código de ética y metodología de gestión de riesgos, Procedimiento de Gestión de riesgos, Guía para la Administración del riesgo DAFP versión 2014)	
<b>Alcance de la auditoría:</b> Evaluación de la Política de Administración del riesgo, mapas de riesgos de los procesos actuales en las fases de Identificación del riesgo, análisis y valoración del riesgo.	
<b>Descripción de las actividades de la auditoría</b>  Durante la auditoría se desarrollaron las siguientes actividades, partiendo de una actividad de observación del proceso: <ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de la estructura actual y gestión de riesgos</li><li>• Consulta en el Gestor documental de la información relacionada con el proceso</li><li>• Verificación de las políticas de gestión del riesgo.</li><li>• Definición de las pruebas a realizar</li><li>• Presentación de informe de validación con Comité Coordinador de Control Interno.</li></ul>	

 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	<p><b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b></p>	Código:F.VM-010
		Versión:01
		Página:

**a) INFORMACIÓN GENERAL**

**Objeto:** Administración del riesgo en la E.S.E  
**Objetivo:** Informar a la alta dirección acerca del estado actual de la administración y gestión de riesgos de la entidad.

**Objetivos específicos**

- Verificar la existencia de la Política de Administración del Riesgo y que su contenido corresponda con la metodología establecida por el DAFP.
- Analizar el proceso de administración del riesgo, tanto en su diseño como en su funcionamiento, partiendo de los requisitos evaluados en la encuesta del MECI.
- Verificar la adecuación de la existencia del mapa de riesgos institucional y por procesos


**b) POLÍTICAS DE GESTIÓN DEL RIESGO EVALUADAS**

- Cada uno de los procesos de la entidad, debe contar con identificación de contexto estratégico y mapa de riesgos.
- El líder del proceso en su rol de autoevaluación, deberá monitorear con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso.
- La Política de Administración de riesgos debe ser adoptada mediante acto administrativo.

**c) RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E**

- Al verificar la existencia de la Política de Administración del Riesgo y validar que su contenido corresponda con la metodología establecida por el DAFP, se pudo evidenciar que la E.S.E cuenta con una Política de Administración del Riesgo adoptada inicialmente con el Código de Ética pg 67, (la que fue tomada para revisión) y según se conoció en el seguimiento realizado al Plan Anticorrupción se tiene otra Política adoptada mediante Resolución 263 de 2016 (esta no fue evaluada dado que no se conocía), no obstante según la información de la Política evaluada esta no corresponde completamente con los requisitos y lineamientos precisos para la Administración del Riesgo en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Caldas.

*Man*

 <b>E.S.E.</b> Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	Código: F.VM-010
		Versión: 01
		Página:

- Al analizar el diseño e implementación de los requisitos establecidos y evaluados en la última encuesta MECI, se pudo establecer el siguiente nivel de avance en las etapas de la Administración del riesgo:

VERIFICACIÓN DE REQUISITOS	AVANCE 2016	Observación
Política de Administración del Riesgo	1,75	Nivel de madurez intermedio
Establecimiento del contexto	2,25	Nivel de madurez intermedio
Identificación del riesgo	2,17	Nivel de madurez intermedio
Análisis del riesgo	2,75	Nivel de madurez satisfactorio
Valoración de riesgos	1,5	Nivel de madurez básico
Mapa de Riesgos Institucional y por procesos	1,25	Nivel de madurez básico
Promedio total del componente	1,94	Nivel de madurez intermedio

Ver anexo 1- Detalle de la evaluación

- Como resultado de la verificación de la existencia del mapa de riesgos institucional y por procesos, se evidenció que se ha avanzado en la etapa de identificación y análisis de riesgos a nivel de procesos, no obstante el análisis del contexto no siempre es el insumo para su identificación y no se han tenido en cuenta las caracterizaciones, los objetivos de los procesos y los procedimientos asociados. Con relación al mapa de riesgos institucional, este aún no se ha consolidado con los riesgos residuales de los procesos, riesgos de corrupción y riesgos de gestión.

d)



E.S.E.  
Hospital  
San Vicente de Paúl  
Caldas - Antioquia

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:F.VM-010

Versión:01

Página:

**DETALLE INFORME DE SEGUIMIENTO**

**a. Etapas en la Administración del Riesgo de la E.S.E**

ETAPA	COMPONENTES ETAPA	ESTADO ACTUAL COMPONENTE	ASPECTOS POR FORTALECER O IMPLEMENTAR
1. Política de Administración del Riesgo	Lineamientos precisos para la gestión de riesgos.	Existe la Política de Administración del Riesgo, la cual no cuenta con los componentes requeridos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos y alcance</li> <li>Roles y compromisos frente al riesgo (Alta Dirección, Líderes de procesos, Oficina de Control Interno, Oficina Asesora de Planeación).</li> <li>Nivel de aceptación del riesgo</li> <li>Metodología para la gestión del riesgo de gestión y de corrupción.</li> <li>Incluir la periodicidad para el monitoreo y revisión.</li> </ul>
2. Identificación del Riesgo	Establecimiento del contexto	<p>Se tiene documentado el establecimiento del contexto interno y externo del 100% de los procesos, no se incluye en este, el contexto del proceso y no se observó el análisis para identificación del riesgo correspondiente.</p> <p>Se tiene formato para identificación del contexto interno y externo para los factores económico, político, social, financiero, tecnológico, recurso humano, tecnológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer el contexto interno y externo <b>de la entidad</b>. (Identificación de riesgos institucionales)</li> <li>Definir el contexto de cada uno de los procesos: Caracterización, objetivo del proceso, alcance del proceso, relación con otros procesos, procedimientos asociados, entre otros.</li> </ul>
	Identificación del Riesgo	<p>Se cuenta con la identificación de riesgos para el 100% de los procesos, no obstante esta no corresponde en su totalidad con la información del establecimiento del contexto.</p> <p>Riesgos de corrupción identificados a nivel institucional y no por procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar la información del análisis del contexto interno y externo <b>de la entidad</b> y del contexto del proceso.</li> <li>Debe considerar el objetivo y alcance de los procesos.</li> <li>Deben ser revisados y actualizados cuando se considere necesario.</li> <li>Se deben incluir los riesgos de corrupción aplicables al proceso.</li> </ul>
3. Valoración del Riesgo	Análisis del Riesgo	<p>Se ha avanzado en la estimación del Riesgo Inherente de todos los procesos:</p> <p><b>RI= Probabilidad* Impacto</b></p>	Aplicar el criterio para determinar el impacto de los riesgos de gestión y de corrupción (cuantitativo o cualitativo), conforme a lo que se haya definido en la Política de Administración



E.S.E.  
Hospital  
San Vicente de Paúl  
Caldas - Antioquia

### INFÓRME DE AUDITORIA INTERNA

Código:F.VM-010

Versión:01

Página:

		<p>Se cuenta con tabla de definición de probabilidad con su descripción (Baja, media, Alta, muy alta).</p> <p>Se cuenta con tabla de definición de impacto solamente en su escala (Leve, Moderado, Grave, Catastrófico).</p> <p>El procedimiento de gestión de riesgos define formas de clasificación de las zonas de riesgo diferentes, Ver actividades 7.4 y 7.6.</p>	<p>de Riesgos.</p> <p>Debe partir de una identificación de la zona de riesgo inicial (Riesgo inherente).</p> <p>La metodología de calificación del riesgo debe establecer claramente las zonas de riesgo que la entidad va a utilizar para gestionar el riesgo.</p>
	<p>Valoración del Riesgo</p> <p>Análisis y Evaluación de controles</p> <p>Elaboración del mapa de Riesgos</p>	<p>En la matriz de riesgos se tienen definidas acciones de control, más no se tienen identificados los controles existentes y su naturaleza (preventivos, correctivos).</p> <p>El mapa de riesgo se tiene construido hasta la etapa del análisis del riesgo.</p>	<p>Análisis objetivo de los controles para hacer una adecuada valoración del riesgo.</p> <p>Evaluar riesgos iniciales Vs controles, con el fin de determinar la zona de riesgo final (Riesgo Residual), conforme a lo que se haya definido en la Política de Administración de Riesgos.</p> <p>Como producto la entidad debe tener un Mapa de riesgos Institucional y por procesos que incluya todas las etapas con sus componentes para cada uno de los procesos.</p> <p>En el mapa de riesgos institucional (riesgos residuales en zona de riesgo Alta y extrema de cada uno de los procesos, los riesgos de corrupción y los riesgos de carácter estratégico.</p> <p>Debe elaborarse el mapa de riesgos por procesos (riesgos de proceso + riesgo de corrupción)</p>



E.S.E.  
Hospital  
San Vicente de Paúl  
Caldas - Antioquia

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:F.VM-010

Versión:01

Página:

**b. Avance en el Factor de Administración del Riesgo -Encuesta MECI-2015**

Partiendo de las preguntas del cuestionario de la última encuesta del MECI y de acuerdo al formato propuesto para autoevaluación del Sistema de Control Interno, el nivel de cumplimiento o avance de los requisitos se evalúa entre 1-4, como se detalla a continuación:

NIVEL DE MADUREZ	
BÁSICO	(0,5 - 1,4)
INTERMEDIO	(1,5 - 2,6)
SATISFACTORIO	(2,7 - 3,6)
AVANZADO	(3,7 - 4,0)

VERIFICACIÓN DE REQUISITOS	AVANCE 2016	Observación
Política de Administración del Riesgo	1,75	Nivel de madurez intermedio
Establecimiento del contexto	2,25	Nivel de madurez intermedio
Identificación del riesgo	2,17	Nivel de madurez intermedio
Análisis del riesgo	2,75	Nivel de madurez satisfactorio
Valoración de riesgos	1,5	Nivel de madurez básico
Mapa de Riesgos Institucional y por procesos	1,25	Nivel de madurez básico
Promedio total del componente	1,94	Nivel de madurez intermedio


Ver anexo 1- Detalle de la evaluación

**a) RIESGOS POTENCIALES**

CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIA	CALIFICACIÓN RIESGO
Inadecuada identificación de los riesgos a nivel institucional y por procesos. Debilidades en la definición y aplicación de la metodología para la administración del riesgo. Desactualización de los procesos y procedimientos. Falta de compromiso en todos los niveles con la administración y gestión del riesgo.	Materialización de eventos o situaciones significativas que puedan afectar la consecución de objetivos y que no estén identificadas y controladas.	Riesgos no controlados Pérdidas económicas, de recursos, de vidas, de información, entre otras. Sanciones, multas, investigaciones Incumplimiento de objetivos.	

**b)**

*Handwritten signature*

 <b>E.S.E.</b> Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	Código:F.VM-010
		Versión:01
		Página:

### RESULTADO DE HALLAZGOS GENERALES

No.	HALLAZGOS Y/O OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOGC	MECI
1	Se cuenta con una Política de Gestión del Riesgos con unos lineamientos generales en cuanto a su tratamiento, manejo y seguimiento, no obstante esta debe ser revisada de forma que pueda dar respuesta a lo requerido para su implementación, teniendo en cuenta los elementos evaluados en la encuesta MECI y los lineamientos de las guías de Administración del riesgo para el diseño de la Política, tales como objetivos y alcance, factores mínimos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad, los roles frente a la administración del Riesgo (de la Alta dirección, Comité coordinador de control interno, responsables de procesos, Oficina de Control Interno, Oficina Asesora de Planeación), entre otros.		MCP- Administración del riesgo
2	Si bien la entidad ha avanzado en la definición del contexto interno y externo del 92% de los procesos, este análisis no siempre es el insumo para la etapa inicial para la identificación de riesgos, observando que se han elaborado de forma muy general y no son analizados de acuerdo a la caracterización, al objetivo del proceso, su alcance y procedimientos asociados.		MCP- Administración del riesgo
3	De acuerdo a la documentación de las caracterizaciones de procesos se encuentran diferencias entre los riesgos contenidos en estas y los riesgos que se tiene en el mapa de riesgos de los procesos, por lo tanto, debe hacerse la respectiva revisión y actualización.		MCP- Administración del riesgo
4	Se tiene el procedimiento de gestión de riesgos ( <b>P.DE-002</b> ), en el cuál se establece una metodología para la gestión del riesgo, no obstante debe establecerse en la Política de Administración de riesgos si este hace parte de esta y si corresponde con la metodología que la institución ha adoptado para la gestión del riesgo tanto de gestión como de corrupción.		MCP- Administración del riesgo
5	Se tiene un mapa de riesgos inicial que contempla únicamente los riesgos inherentes, por lo tanto se debe completar la construcción del mapa de riesgos donde se incluyan todas las etapas: identificación del riesgo, análisis del riesgo, valoración del riesgo controles y monitoreo. Como resultado la entidad debe definir su mapa de riesgos institucional y un mapa de riesgos por proceso.		MCP- Administración del riesgo

*Man*