DIGSA

COMUNICACIÓN INTERNA

2026-00001974D02
GRUPL/ 20030
MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-GRUPL-ARSIG

Bogotá D.C / 18 de agosto de 2026

Para: COORDINACIÓN GRUPO SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

De: COORDINACIÓN PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Asunto: Monitoreo Riesgos Corrupción julio 2026.

En cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo del SSFM, versión 3, y en el marco de las responsabilidades asignadas a la Segunda Línea de Defensa, se presentan a la señora Coordinadora del Grupo de Seguimiento y Evaluación los resultados del monitoreo efectuado a los riesgos de corrupción de la entidad, con corte a julio de 2026 al

La entidad tiene identificados nueve (9) riesgos de corrupción asociados a sus procesos. En desarrollo del monitoreo, se realizó la revisión de la aplicación de los controles definidos, así como del avance de las acciones orientadas a prevenir y mitigar la materialización de estos riesgos, con el propósito de aportar insumos para el fortalecimiento continuo de la gestión institucional.

Seguimiento monitoreo julio 2026 (10 de agosto)			
Procesos	Riesgo	Monitoreado	Sin Monitorear
Grupo Planeación Estratégica	1	1	-
Grupo Gestión de la Afiliación	2	2	-
Grupo Asuntos Legales	1	1	-
Grupo Contratación	1	1	
Grupo Talento Humano	2	2	-
Gestión Documental	1	1	-
Grupo Seguimiento y Evaluación	1	1	
Total, Riesgos Corrupción	**9**	**9**	**-**

Fuente: Creación Grupo Planeación Estratégica – ARSIG, información SVE

2026-00001974D02

De acuerdo con la gestión desarrollada por los procesos frente a la aplicación de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos de corrupción, en el marco del ejercicio de la Primera Línea de Defensa, se evidencia el cumplimiento de las actividades de monitoreo y del cargue de los soportes documentales correspondientes.

A continuación, se presentan los riesgos identificados, junto con el análisis de la gestión adelantada por cada proceso en relación con la implementación y seguimiento de los controles definidos.

Proceso: Asuntos Legales – PROALEG.

Posibilidad perdida de la reserva legal en los procesos disciplinarios por el uso inadecuado de información confidencial para beneficio propio o de terceros. - PROALEG – GRULE.

Controles	Comentario de último monitoreo
* La Coordinación de Asuntos legales aplica el compromiso de confidencialidad para el uso y manejo de información confidencial, el cual se actualiza cada año al personal que integra el grupo asuntos legales. Soporte de Control: Cargue de compromisos de confidencialidad semestralmente. * La Coordinación de Asuntos legales revisa los expedientes para verificar el cumplimiento de los requisitos por parte de terceros para acceder a la información del proceso, esta actividad se realiza a demanda. * La Coordinación de Asuntos legales mantiene bajo custodia los expedientes disciplinarios, su acceso es restringido para presonal no autorizado por la coordinación, para acceder debera allegar el poder de representación del investigado. Soporte de Control: Adjunto poderes de representaciòn trimestralmente.	Durante el periodo de seguimiento no se registraron incidentes ni situaciones que evidencien materialización del riesgo. Los controles establecidos operaron de manera adecuada y no se presentaron afectaciones disciplinarias ni pérdidas de documentos o expedientes. El Grupo de Asuntos Legales, cuenta con compromisos de confidencialidad sobre procesos disciplinarios debidamente firmados. En este periodo no hubo solicitudes de préstamo documental, por lo que no fueron necesarios los poderes de representación.

Proceso: Gestión Contractual - PROCON

Posibilidad de alteración o modificación intencional de la información relacionada en: estudios previos, pliego de condiciones, en adendas al pliego de condiciones o en evaluaciones de las propuestas, para favorecimiento propio o de terceros - SUBSA – GRUCO.

2026-00001974D02

Controles	Comentario de último monitoreo
* Informe de seguimiento procesos contractuales trimestralmente. * Publicación en la Página Web y SECOP * Novedad o aceptación del estudio previo o Estado de los proceso adelantados por la entidad	Seguimiento: Durante el período evaluado se continuó fortaleciendo la cultura de transparencia y control documental mediante estrategias de sensibilización orientadas a la conservación, integridad y trazabilidad de los expedientes contractuales. Se socializó la importancia de mantener expedientes completos y debidamente soportados, resaltando que la transparencia institucional se sustenta en la evidencia documental y no únicamente en las actuaciones realizadas. Asimismo, se promovió la aplicación de mecanismos de control asociados a la supervisión contractual, la prevención de conflictos de interés, la designación formal de supervisores y la conservación de soportes que permitan verificar la legalidad y trazabilidad de las decisiones adoptadas durante las diferentes etapas del proceso contractual. Estas acciones contribuyen a reducir la probabilidad de modificaciones indebidas de documentos y fortalecen los principios de transparencia, responsabilidad y selección objetiva. Evidencia asociada: • Boletín No. 08 "¿Su expediente está completo?", enfocado en la importancia de la integridad documental y la conservación de soportes contractuales. • Boletín No. 06 "Los 5 criterios para seleccionar un supervisor", orientado al fortalecimiento de controles de supervisión, transparencia e independencia en la ejecución contractual

2026-00001974D02

Proceso: Gestión de la Afiliación - PROGAFI

1. Posibilidad uso indebido de información confidencial registrada en los aplicativos y Base Datos de Afiliados SSFM para beneficio propio o de terceros. - GRUGA DIGSA

Controles	Comentario de último monitoreo
* El Responsable de Gestión de la Afiliación realiza el diligenciamiento del formato compromiso de reserva y la confidencialidad de la información a los funcionarios con acceso al módulo de afiliaciones, de acuerdo al ingreso de funcionarios al área, en el cumplimiento de la reserva y confidencialidad de la información de acuerdo a la	A la fecha el riesgo no se ha materializado. El Grupo de Gestión de la Afiliación cuenta con controles adecuados para garantizar la protección de la información y el cumplimiento de la normativa vigente. La asignación individual de roles y permisos, junto con la

normatividad institucional y vigente. * Los funcionarios responsables del Módulo SALUD.SIS, realizan diligenciamiento de la declaración de aceptación y compromiso de cumplimiento políticas de seguridad informática para las fuerzas militares, firmado por el funcionario y el Coordinador de área. * El Responsable de Gestión de la Afiliación realiza el Control de asignación de roles para el manejo y acceso a la base datos e información del aplicativo Salud. SIS, a los funcionaros, registrando en el formato de creación y/o modificación de usuarios SALUD.SIS., y se asigna a través del líder funcional del módulo afiliaciones de SALUD.SIS, igualmente para realizar la inactivación de los usuarios por cambio de proceso o retiro. Soporte de Control: Presentar cualitativa y cuantitativamente las actividades realizadas trimestralmente.	formalización de compromisos de confidencialidad, contribuye a una gestión segura y controlada del proceso. Durante el período evaluado no se registraron cambios significativos en las autorizaciones de acceso. Adicionalmente, durante el mes de julio se desarrollaron capacitaciones relacionadas con el proceso de afiliaciones, fortaleciendo el conocimiento del personal y promoviendo la correcta aplicación de los procedimientos establecidos. En consecuencia, a julio de 2026 los controles implementados se mantienen vigentes y operando de manera adecuada, sin evidenciar situaciones que representen riesgos para la gestión del proceso.

2. Posibilidad de afectación reputacional debido a procesos disciplinarios, sanciones entes de control y vigilancia por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por realizar afiliaciones al subsistema de salud de las fuerzas militares sin el cumplimiento de requisitos.

Controles	Comentario de último monitoreo
* El Responsable de Gestión de la Afiliación realiza permanentemente depuración de base de datos con el fin de identificar los posibles cados de afiliaciones múltiples y cumplimiento de requisitos, realizando notificación a los usuarios. Producto de Control Informe trimestral de gestión de la base de datos. * El Responsable de Gestión de la Afiliación realiza inactivación de usuarios en el sistema información SALUDSIS que no cumple con requisitos de afiliación y se encuentran afiliados, previa notificación a los usuarios y vencimiento de términos de respuesta de acuerdo a la ley, de acuerdo al informe de gestión de base de datos. * El Responsable de Gestión de la Afiliación realiza notificación al afiliados y beneficiarios sobre la afiliación múltiple y el no cumplimiento de requisitos en la afiliación, lo anterior mediante oficio institucional.	A la fecha el riesgo no se ha materializado. Durante julio de 2026, el Grupo de Gestión de la Afiliación fortaleció los controles sobre el proceso de afiliación mediante actividades de depuración, validación y cruce de información, orientadas a garantizar el cumplimiento normativo y la integridad de la base de datos. Estas acciones permitieron identificar, evaluar e inactivar registros con posibles irregularidades, contribuyendo a que el sistema refleje únicamente afiliados que cumplen los criterios de elegibilidad vigentes. Adicionalmente, la documentación y registro de todas las actuaciones realizadas fortalecen la trazabilidad del proceso, reducen riesgos operativos y reputacionales, y refuerzan la transparencia, confiabilidad y sostenibilidad del sistema de afiliación.

2026-00001974D02

Producto de Control Informe trimestral de gestión de la base de datos.	

Proceso Gestión Documental – PROGDOCU

Posibilidad de afectación reputacional por el uso indebido de información privilegiada y confidencial del archivo de gestión y archivo central para beneficio propio o de terceros.

Controles	Comentario de último monitoreo
* El proceso de gestión tiene implementado el formato para las solicitudes de suministro de información el cual es verificado y autorizado por el responsable del Área de gestión documental, igualmente se verifica los gestores documentales activos actualizados por los Coordinadores y/o responsables de área. * El responsable de gestión documental define los roles y permisos en el SGDEA para la gestión y uso de la documentación, el cual es de uso exclusivo de cada Coordinador, se realiza capacitación e inducción en el uso de contraseñas para el buen uso y administración, registrado en acta de capacitación y/o forma de capacitación, este proceso se realiza de acuerdo a la periodicidad en los cambios de los funcionarios responsables. Soporte de Control: Acta de capacitación y/o informe trimestral. * El responsable de gestión documental controla el ingreso y acceso al área archivos de gestión y central únicamente a los gestores documentales designados por los Coordinadores, verificando la lista de gestores actualizada informada por los Coordinadores de área, registrado en el Sistema de Información SGDEA. * El responsable de gestión documental tiene implementado dentro del área de archivo de gestión y central sistema de monitoreo para verificación de ingresos en caso de materializarse el riesgo, se dispone de copia de seguridad, y frente a la materialización se realizará	Se registra informe de actividades en gestión documental correspondiente al mes de julio del año en curso, en el cual, se describen acciones realizadas en pro de mitigar la materialización del riesgo de corrupción asociado al proceso de gestión documental.

2026-00001974D02

auditoria al ingreso del personal de acuerdo a la solicitud del proceso afectado. * El responsable de gestión documental implementa los acuerdos de confidencialidad en el uso y manejo de información privilegiada, los cuales son firmados por cada gestor documental, lo que permite establecer responsabilidad por el gestor documental frente al uso y administración de los documentos institucionales.	

Proceso Planeación Estratégica – PROPLAES

Posibilidad afectación económica y reputacional por procesos disciplinarios, sanciones entes de control y vigilancia debido a la desviación de recursos asignados al subsistema de salud por gastos que no estén en el marco de la ley 352 de 2008 y la normatividad vigente.

Controles	**Comentario de último monitoreo**
* La Coordinación de Planeación realiza la verificación de las solicitudes realizadas por la DIGSA, DISAN EJC, ARC y JEFSA de recursos y verifica que estén acorde al marco de la ley 352 de 2008, y la normatividad vigente. * El responsable de planeación realiza trimestralmente la actualización del Plan de adquisiciones de acuerdo a las solicitudes técnicas de las modificaciones presupuestales al plan de adquisiciones, aprobado por el Director General de la Dirección de Sanidad Militar. Soporte: Resoluciones actualización Plan de Adquisiciones. * El responsable de Planeación Estratégica realiza sustento técnico anual ante el ministerio de defensa y ministerio de hacienda para la distribución de los recursos, los cuales son aprobados mediante acuerdo de distribución. Soporte de Control: Decreto liquidación del presupuesto general de la nación.	Se da cumplimiento a los lineamientos establecidos de seguimiento y control para la distribución de los recursos asignados, conllevando a la no se ha materializado el riesgo al cierre del periodo.

Proceso Seguimiento y Evaluación Independiente – PROSYEIN

2026-00001974D02

Posibilidad de afectación reputacional por decisiones ajustadas para favorecimiento a terceros en la no divulgación de la información real evidenciada en el proceso de auditoria.

Controles	Comentario de último monitoreo
* Los auditores seleccionados para el proceso de auditoría interna al Subsistema de Salud de las Fuerzas militares deben tener previo conocimiento del proceso y del estatuto de auditoria, y en especial el correspondiente al capítulo IV Código de Ética del Auditor. Soporte del Control: Copia de acta reunión pre auditoria. * El Responsable de Evaluación y Seguimiento realiza la verificación de la idoniedad del personal auditor para realizar la auditoria durante la vigencia, igualmente informa sobre principios y reglas de conducta a seguir en el momento de realizar la auditoria al SSFM.	Durante el período evaluado, se informa que el riesgo denominado “Posibilidad de afectación reputacional por decisiones ajustadas para favorecer a terceros mediante la no divulgación de información real evidenciada durante el proceso de auditoría” no se materializó. Lo anterior obedece a que, durante el período objeto de seguimiento, no se realizaron auditorías internas, por lo que no se presentaron situaciones que permitieran la ocurrencia del evento de riesgo identificado. En consecuencia, se mantiene la valoración inicial del riesgo, sin modificaciones en su nivel de probabilidad e impacto, conservando su ubicación y clasificación dentro de la matriz de riesgos institucionales conforme a la evaluación realizada al inicio del período.

Proceso Talento Humano – PROTH

1. Posibilidad de afectación reputacional por tráfico de Influencias para el nombramiento de personal en cargos de libre nombramiento y remoción y/o provisionalidad.

Controles	Comentario de último monitoreo
* El Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano y Sanidad DISAN EJC, ARC Y JEFSA realiza revisión de requisitos y documentos, verificando de acuerdo a la lista chequeo los requisitos requeridos, vs los soportes de hoja de vida de los aspirantes. Para personal asistencial se realiza verificación en la página del ministerio de salud RETHUS, para todo el personal se realiza verificación en las entidades de control disciplinario. * La Direcciones de Sanidad DISAN EJERCITO, DISAN ARMADA, JEFSA revisan y anexan a la carpeta del aspirante la evaluaciòn de desempeño, el Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano verfica los resultados de la evaluación de desempeño para los empleos de libre nombramiento y remociòn, que cumplan los requisitos y procede a realizar el acto administrativo de nombramiento.	Buen día, me permito monitorear el riesgo “Posibilidad de afectación reputacional por tráfico de Influencias para el nombramiento de personal en cargos de libre nombramiento y remoción y/o provisionalidad”, del mes de julio de 2026,

2026-00001974D02

* El Coordinador de Talento Humano con las Direcciones de Sanidad DISAN EJC, ARC Y JEFSA, revisa el cumplimiento de la normatividad y del procedimiento de nombramientos del personal en provisionalidad y libre nombramiento y remoción, de acuerdo al plan de previsión de recursos humanos anual. * El Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano y las direcciones de Sanidad DISAN EJECITO, DISAN ARMADA, JEFSA, revisan el concepto del estudio de seguridad con resultado favorable, el cua les desarrollado por la Dirección de inteligencia y contrainteligencia del Comando General y de cada Fuerza. Producto Control: Informe mensual de cumplimiento de requisitos de nombramientos. * El Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano y las direcciones de Sanidad DISAN EJERCITO, DISAN ARMADA, JEFSA para los nombramientos de libre nombramiento y remoción, realiza la verificación de publicaciones de hojas de vida por parte del Ministerio de Defensa y Presidencia de la República. El Ministerio de Defensa y Presidencia para la publicación de las hojas de vida, verifican los requisitos de educación y experiencia de acuerdo al Manual de Funciones * El Coordinador Grupo de Trabajo de Talento Humano y las direcciones de Sanidad DISAN EJECITO, DISAN ARMADA, JEFSA , para los nombramientos del personal de carrera administrativa, se realiza por concurso de méritos a traves de la Comisión Nacional del Servicio Civil, quienes verifican los requisitos de educación y experiencia de acuerdo al Manual de Funciones.	indicando que en el mes de julio de 2026, no se realizaron nombramientos del personal de Planta de Empleados Públicos del Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de Sanidad Militar, (Decreto 4783 de 2008).

2. Posibilidad omisión de la declaración de conflicto de intereses, donde se usa el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio propio directo o indirecto del funcionario y/o contratista.

Controles	Comentario de último monitoreo
* El responsable de la Política de Integridad realiza mesas de trabajo con el personal de la Dirección General de Sanidad Militar semestralmente, con el fin de revisar el procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de intereses. Soporte del control: Actas de socialización. * Los responsables en las	No se ha materializado el riesgo. En articulación con el procedimiento de capacitaciones, en el mes de julio de la vigencia 2026, se presentó en la inducción del personal de Servicio Social Obligatorio; la Política de integridad que contiene el Código de Integridad con los valores del servicio público, la declaración de conflictos de intereses dando cumplimiento a la Ley 2016 de 2020 y el Artículo 11 y 12 de la Ley 1437 de 2011 con los tipos de conflictos de interés, impedimentos, recusaciones y trámites. Evidencia: • Acta N° AC-2026-0393-D04 Inducción Nombramientos SSO Julio 02/07/2026. De igual manera, se ha solicitado desde el Procedimiento Gestión Estratégica del Talento Humano, la realización del curso de integridad

2026-00001974D02

oficinas de Talento Humano de las Direcciones de Sanidad y de la Dirección General de Sanidad Militar solicita a los aspirantes del nivel Directivo para su nombramiento el diligenciamiento del formato de conflicto de intereses y el soporte del cargue en la plataforma de la Función Pública, se realiza en el momento de cambios de Directivos. El formato hace parte del folio de vida del Servidor Público. * El Coordinador de Grupo de Talento Humano DIGSA, realiza seguimiento semestral al interior del Comité Institucional de Gestión y Desempeño DIGSA sobre las declaraciones de conflicto de intereses y recusaciones presentados durante la vigencia.	y el cumplimiento de las actividades del Plan de Gestión de Integridad 2026 y se realizó actualización y publicación de la Guía para la Gestión de Conflicto de Intereses DIGSA 2026 V3). Evidencia: • Radicado No. 2026-00001428D02 Curso de integridad primer semestre 2026 09jul2026 • Radicado N° 2026-00001427D02 Informe plan integridad II trimestre 2026 09jul2026. • Guía para la Gestión de Conflicto de Intereses DIGSA / Código: MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-GI.95.1-4. En la actualización de la guía se incluyó: Política de operación, Información del Programa de Transpaerencia y Ética Pública - PTEP en la presentación de la guía, definiciones, acrónimos, el punto de alineación estratégica que incluye información relacionada con; Manual de contratación, Dirección de Aplicación de Normas de Transparencia - DANTE, Línea Anticorrupción, Aplicativo por la integridad pública, SECOP II y las áreas o dependencias con riesgo de posibles conflictos de intereses. Adicionalmente, se complementó el punto de conflicto de intereses y el punto del canal de comunicación interna. También se actualizó: Fundamento normativo, estructura del documento y los formatos de declaración como herramienta institucional, teniendo en cuenta los lineamientos del Área Sistemas Integrados de Gestión. Al igual, que se actualizó la portada y el encabezado de acuerdo con los parámetros establecidos por la alta dirección y el proceso de gestión documental.

2026-00001974D02

Conclusiones:

Se evidenció el cumplimiento del monitoreo de los nueve (9) riesgos de corrupción identificados por la entidad, observándose el cargue de los soportes documentales y la ejecución de las actividades de seguimiento por parte de los responsables de los procesos, en el marco de las responsabilidades de la Primera Línea de Defensa.

1. Se observa una mejora en la calidad, coherencia y nivel de detalle de la información reportada por los procesos, fortaleciendo la trazabilidad de los controles, la generación de evidencia y la capacidad de seguimiento por parte de la Segunda Línea de Defensa.

2. Se identifican buenas prácticas relacionadas con la promoción de la cultura de integridad, la gestión de la información confidencial, la capacitación del personal y el fortalecimiento de mecanismos de transparencia y control, las cuales contribuyen al mantenimiento del nivel de riesgo dentro de los parámetros aceptables definidos por la entidad.

3. No obstante, se evidencian oportunidades de mejora en algunos procesos respecto a la documentación de los soportes de control y la medición objetiva de la ejecución de ciertas actividades de mitigación, lo que puede limitar la verificación integral de la efectividad de los controles establecidos.

Recomendaciones

1. Continuar fortaleciendo las actividades de sensibilización, capacitación e integridad institucional relacionadas con conflicto de intereses, manejo de información confidencial, transparencia y prevención de la corrupción, promoviendo la apropiación de estos lineamientos por parte de servidores públicos y contratistas.

2. Realizar seguimiento periódico a la efectividad de los controles mediante indicadores o criterios de medición que permitan evaluar no solo el cumplimiento de la actividad, sino también su capacidad para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción.

3. Mantener la articulación entre la Primera y la Segunda Línea de Defensa para garantizar la oportunidad en el reporte de la información, la consistencia de los soportes y la implementación de acciones de mejora que fortalezcan el Sistema Integrado de Gestión y el Programa de Transparencia y Ética Pública.

Atentamente,

Profesional De Defensa ALEXANDRA MARTÍNEZ VARGAS
Coordinadora
GRUPO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

2026-00001974D02

Anexo: No
Copia
Elaboró: NIDIA LILIANA GUERRERO SANTOS / ARSIG
Revisó: EDNA DEL PILAR MARTINEZ PAEZ / ARSIG
Aprobó: EDNA DEL PILAR MARTINEZ PAEZ / ARSIG

2026-0000197 4D02