

Fecha de elaboración:

25/11/2024

Auditoría Interna No.

7

LIDER DE ROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO

PROGRAMA DE PTEE Y SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

1. OBJETIVO

Evaluar y determinar el grado de cumplimiento al Sistema de Administración y Gestión del Riesgo y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con los requisitos legales y reglamentarios, estableciendo su eficacia, eficiencia y efectividad frente al objeto de los programas.

2. ALCANCE

Evaluar y determinar el grado de cumplimiento al Sistema de Administración y Gestión del Riesgo y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con los requisitos legales y reglamentarios, estableciendo su eficacia, eficiencia y efectividad frente al objeto de los programas.

3. CRITERIOS

- ✓ Que el Decreto Ley 1474 del 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- ✓ Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- ✓ Decreto 1081 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.”
- ✓ Ley 190 de 1995 “Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa”.
- ✓ CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
- ✓ CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DE 2022 por la cual se dan lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.
- ✓ Que el Decreto Ley 1474 del 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- ✓ Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- ✓ Decreto 1081 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.”
- ✓ Ley 190 de 1995 “Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa”.
- ✓ CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
- ✓ CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DE 2022 por la cual se dan lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

4. EQUIPO AUDITOR

Yenny Carolina Suárez	Líder de Auditoría / Asesora Control Interno
Geraldine Real Lozano	Auditor/ Profesional de Apoyo Control Interno
Jorge Posada	Auditor/ Revisor Fiscal

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	12	Mes	11	Año	2024	Desde	12/11/24 D / M / A	Hasta	22/11/24 D / M / A	Día	25	Mes	11	Año	2024

5. INFORME DE VERIFICACION (RESUMEN EJECUTIVO)

En el presente informe se presentan los resultados de la Auditoría SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESAL realizada en el marco del Plan de Auditoria Interna de Control interno.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de auditoría, el proceso de auditoria se inició con la carta de compromiso, de representación y reunión de apertura de la auditoria

Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del procedimiento, evaluación del riesgo y prueba de controles), se desarrolló, así:

- Lectura de la documentación vigente
- Recorrido en las diferentes sedes de la Institución
- Entrevistas presenciales con los funcionarios que intervienen en los subsistemas de Administración del riesgo así como en el PTEE.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoria
- Pruebas de recorrido virtuales y/o físicas

Para facilitar la comprensión y orden del presente informe se presenta la siguiente tabla de Contenido.

Contenido

6. DESARROLLO	4
6.1 Lineamientos Generales	4
6.2 Lineamientos específicos del Programa de Transparencia y ética empresarial PTEE	7
1.1. Seguimiento plan de mejora auditoría interna vigencia 2023.	11
1.1.1. Matriz de Riesgos Operacionales	11
6.3 Lineamientos específicos del subsistema de Administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FPADM	14
6.4 Lineamientos específicos de subsistema de administración de riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF 17	
6.5 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo operativo	19
6.6 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud	19
6.7 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez	19
6.8 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito	20
6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial	20
6.10 Comité de administración y gestión del riesgo	20

6. DESARROLLO

6.1 Lineamientos Generales

La institución cuenta con Matriz de riesgos de procesos tales como: La ESE a partir de la actualización documental de la Resolución de Administración de riesgos bajo la resolución No 205 del 29/08/2024, en el marco del comité de Control interno se aprobó y por directriz de la gerencia se definió un referente para documentar, seguimiento y control de cada tipo de riesgos, con el objetivo de generar una matriz de riesgos integrada.

Para lo cual se actualizaron y consolidaron en la matriz de riesgos institucional ubicada en [\\192.168.1.4\comites institucionales\23_COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\1_MATRIZ DE RIESGOS\2024](#)

CANTIDAD DE RIESGOS		
ITEM	RIESGOS	CANTIDAD
1	Seguridad Digital	2
2	Seguridad de la Información	3
3	Operacionales	9
4	Programa de Transparencia y Ética Empresarial	7
5	Talento Humano	4
6	Riesgos de Corrupción	5
7	Tecnológicos- Biomédicos	3
8	Estratégicos	3
9	Cumplimiento	3
10	Actuariales	2
11	Crédito	2
12	Imagen o Reputacional	4
	TOTAL	50

La entidad cuenta con Análisis de contexto en el marco de la formulación del Plan estratégico 2024-2027 desde la dirección se realizó la actualización del análisis de contexto el cual incluye:

- ✓ Diagnóstico institucional (Caracterización de la población atendida, morbilidad, producción, eventos de interés de salud pública).
- ✓ Estado del Sistema integrado de gestión (SOGS y MIPG) a través de una Matriz DOFA y resultados FURAG.
- ✓ Situación financiera

[\\192.168.1.4\comites institucionales\23_COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\3_ANALISIS DE CONTEXTO\2024 ANALISIS DE CONTEXTO](#)

Indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos La entidad cuenta con diferentes indicadores, incluyendo de subprocesos, pero se requiere una articulación de estos hacia la matriz de riesgos institucional.

[\\192.168.1.4\lideres-sig\1.. DIRECCION\TABLERO DE CONTROL GERENCIAL\2024](#)

Dominio: Producción, Seguridad en la atención, vigilancia epidemiológica, satisfacción/ humanización, Calidad del dato, Gestión financiera, Gestión administrativa y Gestión de la calidad.

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN															
		TABLERO DE CONTROL GERENCIAL															
		Evolucionamos pensando en usted															
		CODIGO DIR-00-F01															
		REVISIÓN No. 01															
DOMINIO	RESPON	ASPECTOS A EVALUAR	MES												TOTAL		
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
		N° DE CAMAS CUBIADO CRITICO	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	0	0	120,0
		N° DE EGRESOS CUBIADO CRITICO	59	58	58	96	80	84	86	62	60	60	0	0	0	0	661,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA CUBIADO CRITICO	200	230	238	223	254	280	271	238	224	190	0	0	0	0	2348,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE CUBIADO CRITICO	372	348	372	360	372	360	372	372	360	372	0	0	0	0	3660,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) UCI M	3,4	4,0	4,1	3,7	3,2	3,3	3,4	3,8	3,7	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	35,8
		% OCUPACIONAL UCI M	54%	60%	64%	62%	68%	78%	73%	64%	62%	51%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	64%	64%
		GIRO CAMA, Promedio	4,9	4,8	4,8	5,0	6,7	7,0	6,7	6,7	5,2	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,5
		PROMEDIO PACIENTE DIA UCI M	6,0	6,0	6,0	7,0	8,0	9,0	9,0	8,0	7,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3
		N° DE CAMAS MEDICINA INTERNA	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	0	0	33,3
		N° DE EGRESOS MEDICINA INTERNA	261	237	289	275	292	267	291	309	285	306	0	0	0	0	2812,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA MEDICINA INTERNA	1107	981	1049	1026	1141	1115	1153	1157	1056	1126	0	0	0	0	10911,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE MEDICINA INTERNA	1240	1150	1240	1200	1240	1200	1240	1240	1240	1240	0	0	0	0	12200,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) M INTERNA	4,2	4,1	3,6	3,7	3,9	4,2	4,0	3,7	3,7	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	38,9
		% OCUPACIONAL MEDICINA INTERNA	69%	69%	65%	69%	72%	63%	63%	53%	51%	48%	91%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	69%
		GIRO CAMA, Promedio	6,5	5,9	7,2	6,9	7,3	6,7	7,3	7,7	7,1	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	84,4
		PROMEDIO PACIENTE DIA MEDICINA INTERNA	36	34,0	34,0	34,0	37,0	37,0	37,0	37,0	35,0	36,0	0,0	0,0	0,0	0,0	34,2
		N° DE CAMAS QUIRURGICOS	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	0	0	0	0	28,2
		N° DE EGRESOS QUIRURGICOS	384	373	392	374	418	412	376	345	410	380	0	0	0	0	3654,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA QUIRURGICOS	959	884	906	897	1014	990	1040	1019	957	1001	0	0	0	0	9667,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE QUIRURGICOS	1085	1015	1085	1050	1085	1050	1085	1085	1050	1085	0	0	0	0	10675,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) QX	2,5	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4	2,8	2,3	2,3	32,0	0,0	0,0	0,0	0,0	54,5
		% OCUPACIONAL QUIRURGICOS	69%	67%	66%	65%	65%	66%	66%	56%	54%	91%	92%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	61%
		GIRO CAMA, Promedio	11	10,7	11,2	10,7	11,9	11,8	10,7	9,9	11,2	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0	132,5
		PROMEDIO PACIENTE DIA QUIRURGICOS	31	30,0	29,0	30,0	33,0	33,0	34,0	32,0	32,0	32,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,2
		N° DE CAMAS OBSTETRICIA	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	0	0	0	0	0,2
		N° DE EGRESOS OBSTETRICIA	160	132	151	127	147	142	165	157	164	155	0	0	0	0	1500,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA OBSTETRICIA	271	226	237	233	269	285	279	271	293	289	0	0	0	0	2653,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE OBSTETRICIA	341	319	341	330	341	330	341	341	330	341	0	0	0	0	3355,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) OBSTETRICIA	1,7	1,7	1,6	1,8	1,8	2,0	1,7	1,7	1,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	17,7

Planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos la entidad ha implementado planes de contingencia en respuesta a diferentes situaciones, pero se evidencia debilidad en el documentar dichos planes para lo cual ha avanzado en documentar: planes de contingencia en el marco de lo relaciona do al comité de Emergencias, planes de contingencia en el marco de Sistemas de información, planes de contingencia en el marco de desbordar la capacidad instalada.

La entidad desde la dirección ha expresado la voluntad de implementación de los Sistemas de administración de riesgo a través de la expedición y promulgación de:

- **ACUERDO 007 DE SEPTIEMBRE DE 2023:** Aprobar el Programa de Transparencia y ética empresarial del Hospital del Sarare ESE (THS-00-R07) el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 Lineamientos Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Se designa a un Profesional Universitario de Talento Humano como oficial de Cumplimiento quien administrará el Programa de Transparencia y ética empresarial del Hospital del Sarare ESE. Aprobar la Actualización del Manual de Código de Conducta y buen Gobierno (DIR-00-M04) el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 007 de 2017. Instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno, la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 - Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos –IPS (ver anexo).

- **ACUERDO 008 DE SEPTIEMBRE DE 2023:** Aprobar la Actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, procedimientos, mecanismos y metodología para la administración integra de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de los SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF), SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/ FPADM) y EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO) el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 009 del 2016 por el cual se imparten instrucciones relativas al sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT), Circular externa 20211700000005-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 por el cual se da instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas. Se reafirma la designación del Subgerente Administrativo y financiera como Oficial de cumplimiento de SARLAFT /FPADM definida mediante Acuerdo No 15 del 2018 y se designa como suplente a Profesional especializado – Contabilidad. Se designa a Profesional Universitario -Tesorería como Oficial de cumplimiento de SICOF y como suplente el Técnico y presupuesto. Aprobar la Actualización del Manual para la Administración del Riesgo (PLA-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, mecanismos y metodología para la administración integra de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de la GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD, GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL, GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 por el cual se da instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas.
- **RESOLUCION 141 COMITE DE RIESGOS DEL 2023:** Crear el comité de Gestión Integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE, El Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la Política y Estrategia de la Gestión de riesgo del Hospital del Sarare ESE.
- **RESOLUCION 205 DEL 2024 Por la cual se actualiza la Política de Administración de riesgos:**
“El Hospital del Sarare establece el compromiso frente a la identificación, valoración, tratamiento, control de riesgos que influyen los resultados de la gestión y afectan el cumplimiento de la misión, objetivos estratégicos de la entidad y aquellos que ponen en riesgo la estabilidad financiera de la entidad, a través de una cultura organizacional en función del pensamiento basado en riesgo, involucrando el ámbito estratégico, las líneas de defensa y todas las partes interesadas de la entidad”.

En dicha actualización comprendió:

- se incluyeron los riesgos Fiscales y seguridad de la información
- Definición de responsabilidades desde las tres líneas de defensa y desde los espacios institucionales como son el comité de Riesgos, comité de gestión y desempeño, comité institucional de control interno.
- Nivel de aceptación de riesgos
- Niveles para calificar el impacto

➤ Tratamiento del riesgo

Documentación del ciclo general de riesgos: el Manual para la administración del riesgo se evidencia contenido:

- Roles y responsabilidades en el sistema de administración de riesgo
- Metodología para la administración del riesgo
- Política de administración de riesgos
- Identificación del Riesgo
- Valoración del riesgo
- Estrategias para combatir el riesgo
- Herramienta para la gestión del riesgo
- Monitoreo y revisión

De ciclo general del riesgo expone las siguientes fases:

- Identificación de riesgos
- Evaluación y medición de riesgos
- Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos
- Seguimiento y monitoreo

La entidad realizó dos eventos:

- Mesa de trabajo con líderes
- Formación continua con personal de la entidad

Se encuentra en formulación de un Sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo.

La entidad no dispone de una infraestructura tecnológica para sistemas de administración de riesgos.

6.2 **Lineamientos específicos del Programa de Transparencia y ética empresarial PTEE**

En el marco de la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022 05-08-2022 de la Supersalud los lineamientos del PTEE aplica para ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS) DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO Y RÉGIMEN ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA (EMP), SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADA (SAP), GENERADORES Y RECAUDADORES DE RECURSOS, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Así pues, esta Política de Supervisión de los PTEE se basa en los tres pilares fundamentales de la Política de Supervisión General de esta Superintendencia:

- (i) la pedagogía
- (ii) el cumplimiento normativo

(iii) la actuación oportuna y temprana.

a. **ELEMENTOS DEL PTEE**

DISEÑO Y APROBACIÓN:

- Programa se ha presentado ante la Junta Directiva para su aprobación mediante acuerdo No 07 de septiembre del 2023.
- El programa está estructurado de manera que aborde los riesgos específicos.
- El programa está estructurado a través del documento THS-00-R07 y ubicado de manera accesibles a los empleados en la página web institucional

https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANEACION/PROGRAMA_TRANSP_ETICA_EMPRES/MANUAL-PROGRAMA-DE-TRANSPARENCIA-Y-TICA-EMPRESARIAL.pdf



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL

VIGENCIA 2024

- ACUERDO N° 007 DE SEPTIEMBRE DE 2023
- MANUAL DE CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO
- MANUAL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL
- RESOLUCIÓN N°205 DE 2024 - POLITICA RIESGOS
- PROTOCOLO RIESGOS DE CORRUPCIÓN
- GUIA CONFLICTOS DE INTERÉS

Correo Electrónico: Gestiondelriesgohsarare@gmail.com

En la vigencia 2024 se continuo con la documentación complementaria:

➤ **Protocolo para la identificación de riesgos de corrupción asociados THS-08-T01:**

Protocolo THS-00-T01, que establece directrices específicas para la identificación, evaluación y control de riesgos de corrupción en los trámites y servicios. Este protocolo incluye los formatos físicos THS-00-F37 “Declaración de Conflictos de Interés” y THS-00-F36 “Declaración o No de Conflictos de Interés,” los cuales pueden diligenciarse de manera confidencial a través del enlace <https://forms.gle/Cfgdj1Zi348Ss5r29>. Este formulario está disponible en la página web institucional, facilitando el acceso y asegurando la transparencia en el proceso de gestión de conflictos de interés.

➤ **Guía para identificación y declaración de conflicto de interés THS-00-G05**

Con el objetivo de prevenir posibles conflictos de interés, se diseñó una guía detallada que orienta a los colaboradores en la identificación de situaciones en las que sus intereses personales pudieran entrar en conflicto con los intereses de la institución, la cual, está pendiente por aprobación del comité de Gestión y Desempeño Institucional

➤ **Formatos en ingreso del personal**

Formulario de vinculación o actualización – Persona Natural (DIR-00-F14): Este formato, implementado desde la vigencia anterior (2023), garantiza que todos los empleados y miembros vinculados a la entidad cumplan con los requisitos establecidos para la formalización de su vinculación o actualización de información. Su uso sistemático asegura la uniformidad en la recopilación de datos esenciales y fortalece los procesos administrativos.

Certificación de conflictos de interés, inhabilidades e incompatibilidades (DIR-00-F16):

Como parte de la mejora continua, este certificado fue actualizado con la implementación de la guía “THS-00-G05 Guía para la Identificación y Declaración del Conflicto de Intereses”, que establece las directrices para identificar y declarar correctamente posibles conflictos.

En cumplimiento de esta guía, se introdujeron los siguientes formatos:

- THS-00-F36: Declaración o no de conflictos de interés.
- THS-00-F37: Declaración de conflictos de interés (aplicable cuando se presenta el conflicto).

Los formatos están completamente integrados en el proceso de ingreso, garantizando un control riguroso y la mitigación de riesgos asociados a conflictos de interés, inhabilidades e incompatibilidades. Esto refuerza la transparencia y la responsabilidad en la gestión de talento humano.

MATRIZ DE RIESGOS

La entidad elaboró a través del oficial de cumplimiento la matriz de riesgos específica para el programa, identificando los riesgos inherentes y residuales asociados a la falta de transparencia y posibles actos de corrupción.

En esta matriz se priorizaron los riesgos de mayor impacto, estableciendo medidas de mitigación y controles para reducir la exposición. La matriz también incluye indicadores de seguimiento para cada riesgo, con el fin de monitorear de forma continua la efectividad de los controles implementados y asegurar una respuesta ágil ante cualquier cambio en el nivel de riesgo.

Tabla 1 Matriz de Riesgo de PTEE.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO								
Referencia	TIPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGOS /TIPO DE ACTIVOS DE LA INFORMACIÓN	DESCRIPCIÓN / VULNERABILIDAD	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FRECUENCIA CON LA CUAL SE REALIZA LA ACTIVIDAD
1	Corrupción_LAFT	Procesos administrativo	Débil supervisión	Falta de capacitación del	Insuficiencias en los programas de bienestar.	Retrasos en la publicación de	Ejecución y Administración	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3

		s y de talento humano.	n en actualizaciones	personal.	Talento humano insuficientes para la actualización periódica y oportuna.	información en el portal de transparencia.	de procesos	a 24 veces por año
2	Corrupción_LAFT	Cultura organizacional y procesos de gestión de conflictos de interés.	Confusión sobre la política	Falta de orientación sobre declaración de conflictos de interés	Deficiencia en la cultura organizacional orientada a la ética y transparencia. Falta de controles para la actualización periódica de las declaraciones de conflicto de interés.	Ocultamiento de conflictos de interés.	Fraude Interno	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año
3	Corrupción_LAFT	Activos financieros y de infraestructura .	Acceso amplio a recursos sin control adecuado	Supervisión limitada en ciertos procesos	Falta de segregación de funciones en áreas clave que gestionan recursos. Insuficiente automatización de sistemas que permitan un seguimiento detallado de los activos.	Riesgo de malversación o uso indebido de activos y recursos del hospital.	Fraude Interno	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año
4	Corrupción_LAFT	Sistemas de reportes y cultura organizacional .	Desconocimiento del canal de reportes	Falta de divulgación del canal	Limitada cultura de denuncia por temor a represalias. Carencia de incentivos o políticas que fomenten la transparencia y reportes internos.	Riesgo de que actos de corrupción pasen desapercibidos	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año
5	Corrupción_LAFT	Datos médicos y registros de pacientes.	Falta de control en el acceso y edición de registros médicos.	Personal con acceso inadecuado o sin supervisión sobre los registros médicos.	Ausencia de un sistema de autenticación y autorización de usuarios que controle el acceso a los datos médicos. Falta de capacitaciones regulares en ética de la información y confidencialidad de datos.	Existe el riesgo de alteración o pérdida de información médica, lo que puede afectar la atención y la seguridad del paciente.	Fraude Interno	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año
6	Corrupción_LAFT	Contratación y gestión de proveedores.	Alta discrecionalidad en la selección de proveedores.	Falta de controles suficientes en la revisión de antecedentes de proveedores.	Insuficiente implementación de políticas de transparencia en los procesos de contratación. Cultura organizacional que carece de un marco robusto en ética y transparencia en contrataciones.	Existe el riesgo de que se prioricen contrataciones con proveedores que tienen intereses personales o económicos con los funcionarios del hospital.	Relaciones Laborales	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año
7	Corrupción_LAFT	Gestión ambiental y seguridad del paciente.	Falta de procedimientos adecuados para la disposición de residuos.	Falta de supervisión en la gestión de residuos peligrosos.	Insuficiente capacitación en la gestión y disposición de residuos hospitalarios peligrosos para el personal. Recursos limitados o inadecuados para la disposición de residuos en cumplimiento con la normativa ambiental.	El manejo inadecuado de residuos peligrosos puede derivar en riesgos para la salud pública y el medio ambiente, y podría generar sanciones por parte de las autoridades de salud y ambientales.	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año

AUDITORIA Y CUMPLIMIENTO DEL PTEE

Indicadores de Cumplimiento

Para evaluar el avance del PTEE y monitorear la efectividad de las medidas implementadas, se establecieron varios indicadores clave de desempeño (KPIs), que permiten una evaluación cuantitativa y cualitativa de las acciones

realizadas:

Número de Denuncias Recibidas y Tiempo de Respuesta

Se implementaron sistemas de monitoreo para el manejo de denuncias recibidas a través del canal de transparencia, permitiendo un análisis detallado de los tiempos de respuesta y de las medidas tomadas para resolver cada denuncia. Durante este período, no se recibieron denuncias. Este indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión de denuncias y garantizar que todas las preocupaciones se aborden de manera efectiva y oportuna.

Ejecución de Auditorías Internas

Este indicador mide el número y el porcentaje de auditorías internas realizadas con respecto al plan anual de auditoría en el marco del PTEE. Hasta la fecha, se ejecutó una auditoría el día 03 de noviembre de 2023 por parte de la oficina de Control Interno, permitiendo identificar áreas de mejora y fortalecer los controles en los procesos de mayor exposición a riesgos de corrupción.

DIVULGACION Y CAPACITACIÓN

Se realizó una campaña de comunicación interna y externa, utilizando tanto la página web institucional como los grupos internos de comunicación del Hospital. Esta divulgación incluyó video visual y documentos explicativos sobre la estructura y el propósito del PTEE, sus principios, y las responsabilidades de cada miembro del equipo para cumplir con el programa. Este indicador mide el porcentaje de trabajadores que han completado las capacitaciones en ética y transparencia establecidas en el PTEE. Durante el período evaluado, se implementó la formación del programa incluyéndolo en el proceso de inducción por medio de la visualización de un video informativo, obteniendo una respuesta positiva de los participantes en términos de comprensión de los temas abordados y su aplicabilidad en el día a día de sus funciones.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA

1.1. Seguimiento plan de mejora auditoría interna vigencia 2023.

1.1.1. Matriz de Riesgos Operacionales

Tabla 2 Matriz de Riesgos Operacionales

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO								
Referencia	TIPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGOS /TIPO DE ACTIVOS DE LA INFORMACIÓN	DESCRIPCIÓN / VULNERABILIDAD	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FRECUENCIA CON LA CUAL SE REALIZA LA ACTIVIDAD
1	Estratégico_u Operacional	TALENTO_HUMANO	Ausencia de Personal	Incapacidades médicas, licencias no planeadas.	Deficiencias en los programas de bienestar Prevenición en salud ocupacional.	El personal ausente afecta la continuidad y calidad de los servicios de salud, sobrecargando a los demás trabajadores.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año
2	Estratégico_u Operacional	PROCESOS	Falta de Capacitación	Insuficiente oferta de capacitaciones y formación continua.	Falta de optimización en la planificación del Plan Institucional de Capacitación (PIC). Falta de Recursos para implementación de alternativas tecnológicas de	El personal no capacitado puede cometer errores que afecten la calidad del servicio y la seguridad del paciente.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año

					formación del personal.			
3	Estratégico_u _Operacional	TALENTO_HUM ANO	Falta de aplicación de código de Integridad y Humanización	Baja satisfacción laboral, falta de incentivos.	Inadecuada gestión del clima organizacional.	La alta rotación afecta la estabilidad del equipo y genera sobrecarga de trabajo.	Relaciones Laborales	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año
4	Estratégico_u _Operacional	PROCESOS	Falta de Adherencia de Guías, Manuales, Protocolos y Procedimientos	Procesos de selección inadecuados o falta de verificación de los requisitos.	Procesos internos regulares para verificar el cumplimiento de los requisitos, lo que genera confusión sobre las competencias necesarias.	El ingreso de personal no calificado puede afectar la calidad del servicio, aumentar el riesgo de errores y comprometer el cumplimiento normativo.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año
					Los encargados de selección pueden no estar al tanto de los cambios o requisitos legales recientes, lo que ocasiona la contratación de personal no idóneo.			
					Falta de herramientas o metodologías adecuadas para evaluar las competencias y requisitos del personal durante el proceso de selección.			
5	Estratégico_u _Operacional	PROCESOS	Falta de Adherencia de Guías, Manuales, Protocolos y Procedimientos	Falta de recursos o ausencia de implementación adecuada de los programas de seguridad.	Falta de gestión para asignar suficientes recursos financieros o de personal para implementar adecuadamente los planes de seguridad y salud en el trabajo.	El incumplimiento del Sistema de SST puede resultar en accidentes laborales, sanciones legales, y perjuicios a la salud de los empleados.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año
					El personal puede no estar suficientemente sensibilizado o comprometido con las prácticas de SST, lo que genera un bajo cumplimiento de las normativas.			
					incumplimientos en la actualización y el seguimiento del mapa de riesgos laborales, lo que impide la correcta implementación de medidas preventivas.			
6	Estratégico_u _Operacional	PROCESOS	Falta de procedimientos	Falta de presupuesto o recursos para llevar a cabo las actividades planificadas.	Insuficiente asignación de recursos financieros para implementar los planes de bienestar y capacitación, lo que retrasa o impide su ejecución.	El incumplimiento de estos planes puede afectar la motivación y desempeño del personal, así como generar descontento y disminución en la calidad del servicio.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año

					Planificación ineficaz o no alineada con las necesidades del personal, lo que provoca que las actividades no se realicen o no cumplan sus objetivos.			
					Ausencia de sistemas para medir y hacer seguimiento a la efectividad de los programas de bienestar y capacitación, lo que genera incumplimiento de los objetivos.			
7	Estratégico_u Operacional	PROCESOS	Falta de Capacitación	Probabilidad de no adaptación del trabajador a la institución por incumplimiento o en la ejecución del Programa de Inducción General debido a fallas en la comunicación.	Fallas en la comunicación interna. Falta de seguimiento a la programación de inducción. Ausencia de recursos asignados para su ejecución.	Existe el riesgo de que los nuevos colaboradores no se adapten adecuadamente a la institución debido al incumplimiento en la ejecución del Programa de Inducción General, lo que podría generar dificultades en la integración y desempeño del personal.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año
8	Estratégico_u Operacional	PROCESOS	Falta de procedimientos	Probabilidad de afectación de la satisfacción del trabajador a falta de promoción para un cambio de estilo de vida en la adultez y vejez.	Fallas en la comunicación interna. Desconocimiento del proceso, actividad o procedimiento. Falta de apoyo y priorización a nivel directivo.	Existe el riesgo de que la satisfacción de los trabajadores en etapa de pre pensión se vea afectada debido a la falta de promoción de actividades que faciliten su transición hacia un estilo de vida adecuado para su nueva etapa.	Ejecución y Administración de procesos	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

En el marco de la Auditoria interna se evidenció informe del Oficia de cumplimiento PTEE, Se evidenció:

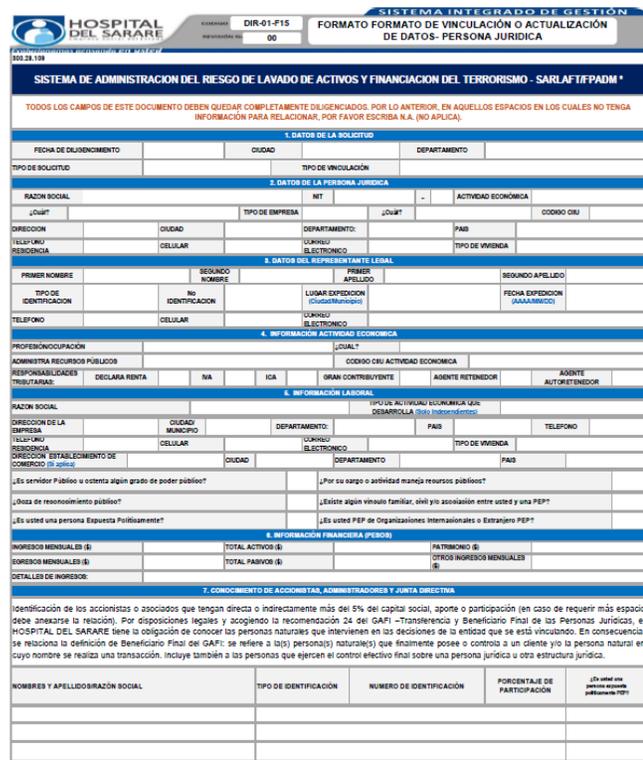
- Veló por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE
- Presentó una vez al año informe del programa, el cual va anexo al presente informe
- Veló por la articulación de las políticas con e PTEE
- Coordinó el programa de capacitación articulando con imagen corporativa de la entidad a través de la producción de material audiovisual.
- Garantizó el funcionamiento de los canales de denuncia
- Evaluó el cumplimiento a través de los indicadores formulados y seguimiento a la matriz de riesgos, así como al plan de mejoramiento.

En proceso de actualización del Reglamento interno de trabajo donde la entidad determine las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE.

6.3 Lineamientos específicos del subsistema de Administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FPADM

La entidad mediante ACUERDO 008 DE SEPTIEMBRE DE 2023: Aprobó la Actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, procedimientos, mecanismos y metodología para la administración integral de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de los SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF), SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/ FPADM) y EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO) y designo Oficial de cumplimiento.

Se realizó verificación encontrándose la implementación el siguiente formato:

Fuente: formato actualmente utilizado por oficial de cumplimiento SARLAFT

Se realiza verificación con base al reporte del Oficial de Cumplimiento SARLAFT seleccionando una muestra en cual se evidenció la necesidad de implementar un control para asegurar la verificación del 100%, generando un cronograma de trabajo con el Oficial de cumplimiento SARLAFT, Talento humano, Jurídica contratación. Desde la Revisoría Fiscal se realizó la verificación es respectivas plataformas y reportes realizados por la Entidad:

ITEM		%	CUMPLE	EVIDENCIA
3.11	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Operaciones Sospechosas a través de la plataforma SIREL (Sistema de Reporte en Línea)?	100%	SI	SI

De manera aleatoria tomando una muestra representativa, se hizo la revisión a los documentos que soportan los envíos del reporte en línea de operaciones sospechosas a través de la plataforma SIREL, correspondiente al periodo enero a noviembre 2024, la cual arrojó como resultado que dichos envíos de información se hacen de manera oportuna, cumpliendo con los plazos estipulados para el caso. La evidencia de los reportes a la UIAF se conserva en los archivos de la dependencia.

3.12	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Transacciones en Efectivo (Procedimientos) a través de la plataforma SIREL?	100%	SI	SI
------	---	------	----	----

La entidad envió oportunamente el reporte de ausencia de operaciones sospechosas, como se observa en los soportes de envío de reporte de operaciones sospechosas.

3.13	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Transacciones en Efectivo (Proveedores) a través de la plataforma SIREL?	100%	SI	SI
------	--	------	----	----

De forma aleatoria, tomando una muestra representativa se hizo la revisión a los documentos que soportan los envíos del reporte transacciones en efectivo (proveedores) a través de la plataforma SIREL, correspondiente al periodo enero a noviembre 2024, existe un monto límite establecido por la entidad para reportar las operaciones individuales en efectivo de una misma persona natural o jurídica, realizadas en un mismo día, que sean iguales o superen (\$5.000.000) cinco millones de pesos y reporte de operaciones múltiples en efectivo de una misma persona natural o jurídica que en conjunto iguale o supere (\$25.000.000) veinticinco millones de pesos, de acuerdo a la Circular 009 de 2016, para entidades prestadoras de servicios de salud vigiladas por la Superintendencia de Salud.

Encontrándose que no existen consultas y reporte de pagos a proveedores en efectivo en la plataforma SIREL, pero contrastando esta información con los auxiliares de caja menor de la entidad, no se hicieron pagos en efectivo a proveedores que superen los límites de pago establecidos para el caso por lo cual no aplica el reporte.

3.14	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Ausencia de ROS y/o Ausencia de Transacciones en Efectivo a través de la plataforma SIREL?	100%	SI	SI
------	--	------	----	----

La Opción ROS fue diseñada para realizar el reporte de todas las operaciones sospechosas por parte de las entidades obligadas, a través de esta opción un sujeto obligado, puede reportar todas aquellas operaciones determinadas como sospechosas, las intentadas o rechazadas que contengan características que les otorgue el carácter de sospechosas, así como los reportes de ausencia de operaciones. Es decir, cuando en el periodo de reporte establecido en la normatividad no se presentaron operaciones sospechosas.

Se hizo la revisión aleatoria de los documentos que soportan las consultas de personas y los reportes enviados a la UIAF, en el periodo comprendido de enero 1 a noviembre de 2024, evidenciando que no existe envío de reportes de ausencia de transacciones en efectivo de clientes o proveedores, de acuerdo a lo establecidos en la Circular Externa 009 de 2016 y sus modificaciones.

También se verificó el software de reporte en línea de estos informes en UIAF y no se evidencia activa la ventana para realizar el reporte de ausencia de transacciones en efectivo de clientes o proveedores, se determinó realizar la consulta soporte técnico de plataforma MULTIBURO.

“El reporte de ausencia de ROS se debe realizar dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al periodo de reporte. Se debe hacer si durante ese periodo no se identificaron operaciones sospechosas”.

“El reporte de ausencia de transacciones en efectivo se debe realizar dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al periodo de reporte. Se debe hacer si no se identificaron transacciones en efectivo durante el mes anterior”.

RECOMENDACIONES REVISOR FISCAL

- Se deben realizar las consultas a los pagos realizados a través del fondo de caja menor y no omitir el reporte de las transacciones en efectivo individuales que realicen las personas naturales y jurídicas que superen en un día (\$5.000.000) cinco millones de pesos y múltiples del mes anterior, las cuales superen o sean iguales a (\$25.000.000) veinticinco millones de pesos.
- Todo contrato a celebrar de bienes o servicios con personas naturales o jurídicas, deben contar con la consulta de riesgos por lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT.
- Los funcionarios vinculados como planta y de contrato laboral, deben contar con la consulta en SARLAFT para prevenir los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, situación que no está acorde con las políticas de la entidad y la normatividad vigente.
- El área de talento humano vinculado representa el mayor número de personas sujetas de verificación SARLAFT, sumado a estos funcionarios, están los nuevos empleados que van a ingresar a la entidad; el total del talento humano sujeto a verificación está cercana a los 900 personas, debido a estas circunstancias, es clave para el control del riesgo en el lavado de activos y financiación del terrorismo, planificar las fechas en que realizarán las consultas a los funcionarios vinculados actualmente y materializar las verificaciones SARLAFT a las personas que van a ingresar a la entidad, antes de firmar contratos.
- Las entidades privadas que realizan donaciones a la entidad, sean nacionales o extranjeras, deben ser sujetos de control, ya que entregan bienes o servicios a título de subvención, por lo tanto, se deben realizar previamente a la recepción de los recursos a entregar, previniendo la entrada de dineros de los que no se conozca su procedencia. En 2024 no se realizó ninguna verificación por este concepto.
- La venta de servicios de salud que se pagan en efectivo o bancarizado, deben ser sujetos de consulta de SARLAFT y enviar el reporte a la UIAF, por la plataforma SIREL. En 2024 no se realizó ninguna verificación por este concepto.
- Según la normatividad vigente los reportes que el H.S. ESE deben realizar a la UIAF, son los enunciados a continuación:
 - ✓ Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de Operaciones Sospechosas - ROS)
 - ✓ Reporte de ausencia de Operaciones Sospechosas
 - ✓ Reporte con todas las transacciones en efectivo procedimientos (CE009) y transacciones en efectivo proveedores (CE009)
 - ✓ Reporte de transacciones múltiples en efectivo
 - ✓ Reporte de ausencia de transacciones en efectivo procedimientos (CE009) y transacciones en efectivo proveedores.

- ✓ recomiendo, hacer la verificación con esta entidad de la habilitación en la plataforma UIAF de los reportes que no están autorizados y que

Recomiendo, hacer la verificación con esta entidad de la habilitación en la plataforma UIAF de los reportes que no están autorizados o si para efectos de reporte ellos agrupan los diferentes reportes en los que están habilitados para esta entidad.

6.4 Lineamientos específicos de subsistema de administración de riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF

En el marco de la presente auditoria se contextualizan las definiciones del SICOF:

- **Corrupción:** obtención de un beneficio particular por acción, u omisión, uso indebido de poder o de los recursos.
- **Opacidad:** falta de calidad o transparencia de la gestión pública
- **Fraude:** acto ilegal caracterizado por engaño, violación de confianza con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

ETAPAS PARA IMPLEMENTAR SICOF:

ETAPA	DESCRIPCIÓN
IDENTIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocer todos los procesos de la entidad ✓ Analiza los posibles factores de riesgos en los procesos asistenciales y administrativos ✓ Establecer la metodología ✓ Reconocer los riesgos ya ocurridos frente Corrupción, Opacidad y Fraude
MEDICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analizar la información obtenida de denuncias, auditorías internas y externas. ✓ Medir la probabilidad de ocurrencia, frecuencia y el impacto de la severidad en caso de materializarse.
CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medir la metodología de establecer los controles ✓ Implementar medidas de control para cada uno de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude. ✓ Implementar control de tipo: preventivo, detectivo y correctivo ✓ Establecer una periodicidad para su ejecución para la evaluación de su efectividad. ✓ Determinar riesgo residual de la entidad ✓ Cuando el riesgo se materialice definir la metodología de investigación y/o sanciones que haya lugar documentadas en el reglamento de trabajo.
MONITOREO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La periodicidad de monitoreo de los riesgos debe ser mínimo cada año ✓ Definir indicadores que evidencien los riesgos de opacidad, fraude y corrupción. ✓ Monitorizar que los controles sean efectivos ✓ Generar un informe semestral que contemple la gestión del riesgo y sus resultados, riesgo inherente y residual.

Elementos normativos verificados:

A. POLITICAS

- Deben existir una política para promover una cultura institución enfocada en la prevención de la Opacidad, Fraude

- y Corrupción.
- Instituir como deber de los órganos de administración, control y demás funcionarios, el cumplimiento de las normas relacionadas con la Administración de riesgo de corrupción, opacidad, fraude.
 - Prevenir los conflictos de interés en la recolección de información para el registro de eventos de Opacidad, Fraude y corrupción.
 - Identificar los controles y el perfil de los riesgos.

La entidad mediante ACUERDO 008 DE SEPTIEMBRE DE 2023: Aprobó la Actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, procedimientos, mecanismos y metodología para la administración integra de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de los SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF), SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/ FPADM) y EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO) y designo Oficial de cumplimiento.

Parágrafo 2. Se designa a Profesional Universitario -Tesorería como Oficial de cumplimiento de SICOF y como suplente el Técnico y presupuesto.

Se evidenció informe de Oficial de cumplimiento SICOF para la vigencia 2024 en el cual presenta:

Determinación de controles de riesgos de Corrupción	Estado de implementación
Garantizar la actualización del manual de contratación	En proceso de actualización
Desarrollar capacitación para el personal del Subproceso de contratación	En la vigencia 2024 desarrollaron capacitación SECOP II
Realizar auditorías aleatorias a los procesos de contratación para establecer el estricto cumplimiento de las políticas y procedimientos.	En la vigencia 2024 se desarrolló por parte de Control interno auditoria interna el proceso de Gestión jurídica (Defensa jurídica, contratación, disciplinario interno)
Establecer controles de acceso a la información de los procesos de contratación para garantizar la confidencialidad.	Atendiendo al principio de Publicidad la ESE realiza la publicación del proceso de selección, y en la IP 3 Jurídica con control de ingreso se publican los soportes.
Periodicidad anual, el área de Talento Humano deberá remitir al oficial de cumplimiento un reporte con las variaciones representativas en los activos informados en la declaración de bienes y rentas de los funcionarios del área de contratación.	Se realiza seguimiento de declaración de bienes y rentas.
Realizar cotejos o comparaciones de la información reportada en la Declaración de Renta y la declaración de bienes y rentas de los funcionarios del área de contratación y aprobación de compras.	Se realiza seguimiento de declaración de bienes y rentas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de inventarios de bienes asignados a los funcionarios por lo menos 2 veces al año.
- Se recomienda intensificar las capacitaciones de desarrollo de sentido de pertenencia por la Institución.
- Capacitación permanente en los procesos de contratación y socialización constante de los principios y ética que deben seguir los funcionarios de la Entidad.
- Se hace necesario replantear la estrategia de comunicación con los usuarios y comunidad a través de los medios tradicionales y redes sociales.
- Se recomienda que el área de Imagen Corporativa tenga un registro de los textos publicados con el detalle de los responsables que generaron dicha información.

6.5 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo operativo

La entidad ha realizado acciones para actualizar o elaborar la caracterización por subprocesos, pero no se evidencia publicada en la IP 4 ni se cuenta con documentos oficiales aprobados.

La institución cuenta con Matriz de riesgos integrada: \\192.168.1.4\comites_institucionales\23_COMITE_DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\1_MATRIZ DE RIESGOS\2024

A través del comité de Conciliación se cuenta con un repositorio de casos a los cuales se hace seguimiento a través de dicho comité, y se asignan a abogados externos quienes realizan el proceso de defensa de la Entidad. Las potenciales pérdidas se estiman de acuerdo a las pretensiones de las demandas, este dato es registrado

6.6 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud

La entidad se encuentra realizando la caracterización de servicios ofertados, y analizando la capacidad instalada, y capacidad de producción.

Se evidencian registros y datos de las atenciones realizadas ya que este hace parte de un informe normativo Trimestral RIPS, también cuenta con un link de reporte institucional de incidentes y eventos adversos el cual está operando y está documentada.

La entidad cuenta con una información de Costos la cual va dando avances en el análisis de todos los servicios.

6.7 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez

La entidad tiene identificados los activos considerados como líquidos, todas las inversiones en títulos o valores, sean de renta fija o renta variable, (que considere de fácil realización):

La entidad tiene identificadas y caracterizadas las salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto que espera entregar:

La entidad adoptó el modelo de flujo de caja "Modelo básico flujos de caja\PS.xlsx", o elaboró su propio modelo de liquidez o proyecciones de flujos de caja, el cual debe estar a disposición de esta Superintendencia:

La entidad reporta, según la periodicidad que le corresponde, el archivo FT018 - "Datos para el cálculo del riesgo de liquidez" que se anexa a la Circular Externa 2021170000004-5 de 2021:

La entidad ha establecido límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés:

La entidad cuenta con un sistema de información que permita la identificación y gestión del recaudo de los ingresos y egresos de la entidad, acorde con los diferentes rubros.

La entidad cuenta con un sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores y la trazabilidad de las mismas.

6.8 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito

La entidad tiene identificados los activos expuestos al riesgo de crédito (como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros):

La entidad realiza un análisis segmentado por líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar:

La entidad ha implementado políticas para la fijación de niveles y límites de exposición de los créditos totales, individuales y por portafolio de inversión:

La entidad cuenta con un modelo de cálculo de deterioro/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente.

6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial

La entidad cuenta con caracterización de población que incluirá por venta de servicios, esta información corresponde a la entregada por las EAPB y a fuente de información histórica de atención en salud de Dinámica gerencial, así como la actualización de datos que se realiza en la facturación o admisión de los usuarios.

La entidad cuenta con un subproceso de costos quien viene realizando diferentes estudios que aportan con información frente al incremento de costos, medicamentos, insumos

6.10 Comité de administración y gestión del riesgo

La ESE Hospital del Sarare desde la Gerencia expidió la Resolución No 141 DEL 27 de Julio del 2023 "Por la cual se crea el Comité de Gestión Integral de Riesgos quién está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la Política y Estrategia de la Gestión de riesgo del Hospital del Sarare ESE, se reunirá como mínimo dos (2) veces al año. El principal objetivo del Comité de Riesgos es asistir a la Junta Directiva en el cumplimiento de sus responsabilidades de supervisión en relación con la gestión de riesgos. Este Comité, deberá servir de soporte para las decisiones atinentes a la gestión de Riesgos en la Organización, como parte integral del sistema de control interno, de conformidad con las responsabilidades definidas en los Estatutos de la Sociedad y en el Reglamento de Junta Directiva.

Se evidenció sesión del comité de riesgos:

[\\192.168.1.4\comites institucionales\24_COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\1_ACTA DE COMITE](#)

No Acta	Fecha	Temática
01	12/06/2024	Formulación de la Actualización de la política de Gestión del riesgo Seguimiento al plan de mejora de la Auditoria interna del Programa de Transparencia y Ética Empresarial y Sistemas de Administración de Riesgo
02	13/11/2024	Seguimiento a la matriz de riesgos institucional

6. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES

6.1 Lineamientos Generales

Se recomienda articular el Tablero de control gerencial con los sistemas de administración de riesgos ya que este genera datos de análisis en diferentes aspectos como gestión administrativa, financiera, operacional.

Se requiere la formulación del sistema de alertas tempranas que permita y facilite la detección rápida, corrección y ajustes de cada subsistema de administración de riesgos, y así evitar su materialización.

Revisar los planes de contingencia generados por la entidad y articularlos con los Sistemas de administración de riesgos, identificar cuales se asocian y formular los planes de contingencia que identifique como faltantes.

Analizar la viabilidad de adquirir un sistema o infraestructura tecnológica para los sistemas de administración de riesgos.

6.2 Lineamientos específicos del PTEE

En la actualización del reglamento interno de trabajo realizar inclusión de las acciones determinadas contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE.

Continuar con el seguimiento a la matriz de riesgos.

Continuar con procesos de divulgación y capacitación de la información documentada referente al PTEE tales como el Protocolo para identificación de riesgos de corrupción asociados, y la guía para identificación y declaración de conflicto de interés.

6.3 Lineamientos Subsistema de Administración de riesgos SARLAFT

Realizar capacitación para oficial de cumplimiento Suplente SARLAFT.

Generar un control para los documentos de ingreso de todo personal independiente del tipo de contratación asegurar el cumplimiento en la Lista de verificación de requisitos para vinculación de funcionarios Contrato a término fijo y planta THS-00-F04 y el formato Lista de verificación de requisitos de estudio previo para contratos de prestación de servicios THS-00-F05.

Establecer la periodicidad de verificación del personal vinculado con la entidad mayor a un año así como la verificación periódica del personal de planta, así como la verificación previa a la celebración de todos los contratos.

Aplicar la verificación a entidades que realizan donaciones a la entidad, así como verificar.

Continuar realizando los reportes normativos:

- ✓ Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de Operaciones Sospechosas - ROS)

- ✓ Reporte de ausencia de Operaciones Sospechosas
- ✓ Reporte con todas las transacciones en efectivo procedimientos (CE009) y transacciones en efectivo proveedores (CE009)
- ✓ Reporte de transacciones múltiples en efectivo
- ✓ Reporte de ausencia de transacciones en efectivo procedimientos (CE009) y transacciones en efectivo proveedores.
- ✓ recomiendo, hacer la verificación con esta entidad de la habilitación en la plataforma UIAF de los reportes que no están autorizados y que

6.4 Lineamientos Subsistema de Administración SICOF

- Se requiere realizar la identificación de riesgo COF, se debe calcular el perfil de riesgo residual, el perfil de opacidad.
- Elaborar el plan de acción para el subsistema SICOF para la vigencia 2024.
- Documentar procedimientos para la identificación de riesgos, implementación de controles
- Realizar inventario de bienes periódicamente durante el año e implementar controles de seguimiento.
- Fortalecer los procesos de capacitación
- Oficial de cumplimiento elaborar plan de acción SICOF para vigencia 2024

6.5 Lineamientos Subsistema Administración de riesgo operativo

Se recomienda finalizar las caracterizaciones de proceso, lo cual va a facilitar la identificación de riesgos y actividades críticas donde pueden verse materializado, de esta forma permitirá la formulación de controles efectivos.

Implementar la metodología para mejorar la medición de probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos identificados, documentar el Plan de Continuidad del negocio.

6.6 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud

Realizar la caracterización de servicios ofertas, realizar análisis de la capacidad instalada y la capacidad de producción.

Realizar la caracterización de riesgos en salud, en cada servicio habilitado identificar momentos o puntos críticos donde se presenta mayor riesgos de eventos e incidentes adversos.

6.7 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez

En el comité de Administración y gestión del riesgo articular con información del comité de sostenibilidad contable para realizar los análisis respectivos en temas de recaudo de la entidad, que pueden afectar su liquidez.

6.8 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito

Continuar con el desarrollo del subsistema.

6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial

Implementar modelos cuantitativos que contemples pérdidas esperadas y requiere fortalecer la implementación de metodologías de análisis de contexto.

6.10 Comité de administración y gestión del riesgo

Continuar con el desarrollo del comité y realizar seguimiento respectivo a los compromisos.

7. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS/

7.1 No conformidades identificadas en la Auditoria interna

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso

9. CONCLUSIÓN GENERAL

La auditoría se ejecutó de acuerdo con lo previsto en el Plan de Auditoría y, a la vez, se cumplió con el objetivo y alcance programado gracias a la disposición de los colaboradores.

Se dejan las recomendaciones y hallazgos detectados en desarrollo del proceso de auditoria conforme los cuales forma parte integral del presente informe.

No habiendo controversias en el presente informe, queda en firme dentro del proceso de auditoría. Se requiere que el subproceso de Planeación efectúe el levantamiento del plan de mejora y se suscriba e implementen las acciones que conlleven a contrarrestar los hallazgos y observaciones presentadas, en el formato institucional SGI-01-F01 PLAN MEJORAMIENTO.xlsx, el cual se encuentra en \\192.168.1.4\lideres-sig\3. PLANEACIÓN

Para constancia se firma Saravena, a los (29) veintinueve días del mes de Noviembre del año 2024.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Cargo	Firma
JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS	Revisor Fiscal	Firma en Original
YENNY CAROLINA SUAREZ	Asesora Control Interno	Firma en Original
GERALDINE REAL LOZANO	Profesional de Apoyo	Firma en Original