

Fecha de elaboración:

18/11/2025

Auditoría Interna No.

8

LIDER DE ROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO**PROGRAMA DE PTEP 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 Pública 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 Pública 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.

Se incluye nuevo marco normativo:

- ✓ Decreto_1122_de_2024_Presidencia_de_la_Republica
- ✓ Circular Secretaría de Transparencia CIR25-00000026 de 2025
- ✓ ACUERDO 01 DE 2025 - REGLAMENTO RED ANTICORRUPCION DAFP

4. EQUIPO AUDITOR	
Yenny Carolina Suárez	Líder de Auditoria / Asesora Control Interno
Geraldine Real Lozano	Auditor/ Profesional de Apoyo Control Interno
Jorge Alberto Posada Barrios	Auditor/ Revisor Fiscal

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre					
Día	07	Mes	10	Año	2025	Desde	07/10/25 D / M / A	Hasta	31/10/25 D / M / A	Día	31	Mes	10	Año	2025

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 PÚBLICA 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 PTEP.
- 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 La institución cuenta con Matriz de riesgos de procesos.....	4
6.2 La entidad cuenta con Análisis de contexto.....	5
6.3 Planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos	6
6.4 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:	6
6.5 Documentos y registros para identificación de riesgos de corrupción y conflicto de interés.....	8
6.6 AUDITORIA Y CUMPLIMIENTO DEL PTEE / PTEP	9
6.7 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	15
6.8 Lineamientos específicos de subsistema de administración de riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF	16
6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo operativo	19
6.10 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud.....	19
6.11 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez	19
6.12 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito	20
6.13 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial	20
6.14 Sistema de gestión del riesgo para integridad pública SIGRIP:	20
6.15 Comité de administración y gestión del riesgo.....	22
7 . ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES.....	22
8. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS.....	32
9. CONCLUSIÓN GENERAL	32



6. DESARROLLO

La ESE Hospital del Sarare aun no ha realizado la actualización del PTEE al PTEP, la información verificada corresponde al modelo del PTEE, las recomendaciones se darán con el fin de orientar la gestión del cambio para la transición al PTEP.

6.1 La institución cuenta con Matriz de riesgos de procesos

Basada en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 2025, el eje esencial de la lucha de corrupción es el cumplimiento y esto se logra cuando las entidades puedan autorregularse, autocontrolarse, autogestionarse, hacia la cultura del cumplimiento.

Esta matriz contiene identificación de riesgos de tipo:

- ✓ Riesgos Estratégicos
- ✓ Riesgos Operacionales
- ✓ Riesgos Actuariales
- ✓ Riesgos de Crédito
- ✓ Riesgos en Salud
- ✓ Riesgos de Liquidez
- ✓ Riesgos de Fallas de Mercado
- ✓ Riesgos Financieros
- ✓ Riesgos Tecnológicos
- ✓ Riesgos de Cumplimiento
- ✓ Riesgos de imagen o Reputación.
- ✓ Riesgos de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/F.
- ✓ Riesgos de Seguridad Digital
- ✓ Riesgo de seguridad de la información
- ✓ Riesgos fiscales

Y Basado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 2025 se debe incluir la identificación de Riesgos de integridad pública (Manifestaciones: Fraudes internos, soborno, inadecuada gestión conflicto de interés y riesgos de incumplimiento por conductas asociadas a otras formas de corrupción).

La entidad tiene un registro de identificación de riesgos en un formato DIR-01-F07

[illegible]

Ubicada en \\192.168.1.4\comites institucionales\23 COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\1 MATRIZ DE RIESGOS\2025

Pero la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 - 2025 a propuesto un formato Matriz Mapa de Riesgo; formato con celdas parametrizadas que permite contar con los respectivos mapas de calor por lo cual debe evaluar mediante el comité si acoge las herramientas dadas por función pública

MAPA DE RIESGOS									
1									
2	VERSIÓN:	1							
3	ENTIDAD:		PROCESO:		Elaboración o Actualización:				
4	OBJETIVO DEL		Vigencia:		Al				
5									
6									
7	No. de Riesgo (Mismo consecutivo para toda la entidad)	FACTOR DEL RIESGO		TIPOLOGÍA	¿QUÉ IMPACTO?	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA (Iniciar con la palabra por)	¿PORQUÉ? CAUSA RAÍZ (Iniciar con debido a/a causa de)	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	SUB CAUSAS (Si aplica)
8	FACTOR DE RIESGO	SELECCIONAR FUENTE GENERADORA DEL EVENTO PARA TODO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE FACTOR DE RIESGO						
9	R18	Ejecución administrativa de procesos	Falta de aplicación de los procedimientos	los procesos y procedimientos determinados para la operación de la entidad, uso de sistemas de información, por errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.	Gestión	Possibilidad de afectación reputacional	Inadecuada articulación entre los servicios de salud y apoyo social para manejo de situaciones difíciles de los pacientes y su familia	no enfoque en atención integral de los pacientes (Trabajo social)	Possibilidad de afectación reputacional por inadecuada articulación entre los servicios de salud y apoyo social para manejo de situaciones difíciles de los pacientes y su familia a causa de no enfoque en atención integral de los pacientes (Trabajo social)
26	R19	Ejecución administrativa de procesos	Falta de aplicación de los procedimientos	Eventos relacionados con la ejecución de los procesos y procedimientos determinados para la operación de la entidad, uso de sistemas de información, por errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.	Gestión	Possibilidad de afectación reputacional	no simplificación y racionalización de los tramites	publicaciones desactualizadas de los tramites institucionales y/o tramites con requisitos inadecuados, baja cantidad de tramites migrados a la virtualidad (SIAU)	Possibilidad de afectación reputacional por simplificación y racionalización de los tramites a causa de publicaciones desactualizadas de los tramites institucionales y/o tramites con requisitos inadecuados, baja cantidad de tramites migrados a la virtualidad (SIAU)
37									

6.2 La entidad cuenta con Análisis de contexto

Se evidencia análisis de contexto realizando en la vigencia 2024 en el marco de la formulación del Plan de Gestión Gerencial 2024-2027.

\\192.168.1.4\comites institucionales\24_COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\3_ANALISIS DE CONTEXTO\2024
ANALISIS DE CONTEXTO

El análisis incluye:

- El análisis 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

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\\lderes-sig1.. DIRECCION\TABLERO DE CONTROL GERENCIAL\2025

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

 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado CODIGO DIR-00-F01 REVISIÓN No. 01 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN TABLERO DE CONTROL GERENCIAL																
DOMINIO RESPON		ASPECTOS A EVALUAR		MES												TOTAL
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
1	2	N° DE CAMAS CUBIERTO CRITICO		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	120,0
		N° DE EGRESOS CUBIERTO CRITICO		58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	696,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA CUBIERTO CRITICO		200	230	238	223	254	280	271	238	224	190	0	0	2348,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE CUBIERTO CRITICO		372	348	372	380	372	380	372	348	372	372	0	0	3880,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) UCI		3,4	4,0	4,1	3,7	3,2	3,3	3,4	3,8	3,7	3,2	0,0	0,0	35,8
		% OCUPACIONAL UCI		54%	60%	64%	62%	68%	73%	73%	64%	62%	51%	0,00%	0,00%	64%
		GRD CAMA_Promedio		4,9	4,8	4,8	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	0,00	0,00	4,7
		PROMEDIO PACIENTE DIA UCI		8,9	8,0	8,0	7,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	0,00	0,00	8,0
		N° DE CAMAS MEDICINA INTERNA		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	400,0
		N° DE EGRESOS MEDICINA INTERNA		281	237	289	275	282	287	281	309	285	308	0	0	332,0
2	3	N° DIAS CAMA OCUPADA MEDICINA INTERNA		1107	981	1040	1028	1141	1115	1153	1157	1058	1128	0	0	10911,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE MEDICINA INTERNA		1240	1180	1240	1200	1240	1200	1240	1240	1240	1240	0	0	12000,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) M INTERNA		4,2	4,1	3,8	3,7	3,9	4,2	4,0	3,7	3,7	3,7	0,00	0,00	38,9
		% OCUPACIONAL MEDICINA INTERNA		89%	83%	85%	86%	92%	93%	93%	93%	88%	91%	0,00%	0,00%	89%
		GRD CAMA_Promedio		6,5	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	0,00	0,00	5,8
		PROMEDIO PACIENTE DIA MEDICINA INTERNA		34	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	0,00	0,00	34,0
		N° DE CAMAS QUIRURGICOS		35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	350,0
		N° DE EGRESOS QUIRURGICOS		384	373	382	374	418	412	376	345	410	380	0	0	384,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA QUIRURGICOS		959	894	906	897	1014	1014	1040	1019	957	1001	0	0	9887,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE QUIRURGICOS		1085	1015	1085	1050	1085	1050	1085	1085	1085	1085	0	0	10875,0
3	4	N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) QX		2,5	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	0,00	0,00	2,4
		% OCUPACIONAL QUIRURGICOS		88%	87%	84%	83%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	0,00%	0,00%	84%
		GRD CAMA_Promedio		11	10,7	10,7	10,7	10,7	10,7	10,7	10,7	10,7	10,7	0,00	0,00	10,7
		PROMEDIO PACIENTE DIA QUIRURGICOS		31	30,0	29,8	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	0,00	0,00	30,0
		N° DE CAMAS OBSTETRICIA		11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	110,0
		N° DE EGRESOS OBSTETRICIA		180	132	151	127	147	142	185	157	164	155	0	0	150,0
		N° DIAS CAMA OCUPADA OBSTETRICIA		271	228	238	233	289	285	279	271	283	289	0	0	2853,0
		N° DIAS CAMA DISPONIBLE OBSTETRICIA		341	319	341	318	341	336	341	341	330	341	0	0	3355,0
		N° DIAS ESTANCIA EGRESOS (Promedio de estancia) OBSTETRICIA		1,7	1,7	1,6	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	0,00	0,00	1,7
		GRD CAMA_Promedio		1,7	1,7	1,6	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	0,00	0,00	1,7

6.3 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. La información documentada se asocia a los planes de contingencia en el marco al comité de Emergencias, planes de contingencia en el marco de Sistemas de información, y planes de contingencia en el marco de desbordar la capacidad instalada.

6.4 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". La cual evidencia la inclusión de los riesgos fiscales, de 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



		organizacional.	del canal de reportes	n del canal	represalias.	corrupción pasen desapercibidos	n de procesos	ejecuta de 3 a 24 veces por año
					Carencia de incentivos o políticas que fomenten la transparencia y reportes internos.			
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



Indicadores de Cumplimiento

➤ Cumplimiento de Capacitaciones en Ética y Transparencia

Este indicador mide el grado de cobertura del componente formativo en ética pública, integridad y transparencia, enmarcado dentro del PTEE. Durante la vigencia evaluada, se implementó un mecanismo de inducción dirigido a los nuevos colaboradores, mediante la visualización obligatoria de un video educativo que aborda los principios éticos institucionales, el deber funcional, el conflicto de interés y la rendición de cuentas.

Gracias a esta estrategia de inducción formal, se logró una cobertura del 100% sobre el total de los nuevos ingresos registrados en la vigencia, consolidando así un primer acercamiento formativo desde el ingreso del talento humano. La retroalimentación de los participantes evidenció una comprensión adecuada de los contenidos, así como su aplicabilidad en el ejercicio laboral cotidiano.

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.



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

Imagen 1 Programa de Transparencia y Ética Empresarial página web institucional del Hospital del Sarare E.S.E.

La entidad desde la iniciativa y liderazgo del profesional oficial de cumplimiento PTEE divulgó, a través de un video institucional que hace parte del programa de inducción y reinducción, la socialización sobre la identificación del riesgo de corrupción, el cual se encuentra publicado en la página web institucional.

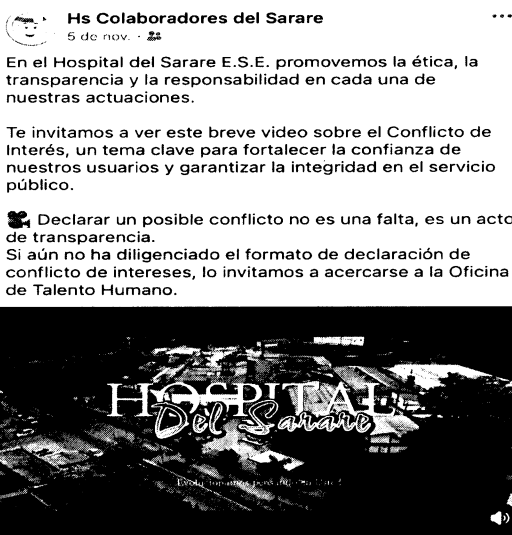


Imagen 2 Protocolo de conflicto de interés.

A través del programa de formación continua la entidad realizó socialización del Protocolo de Riesgos de Corrupción y de la Guía para la Identificación de Riesgos de Corrupción, con el fin de fortalecer el conocimiento y la aplicación de las medidas preventivas establecidas en la entidad.

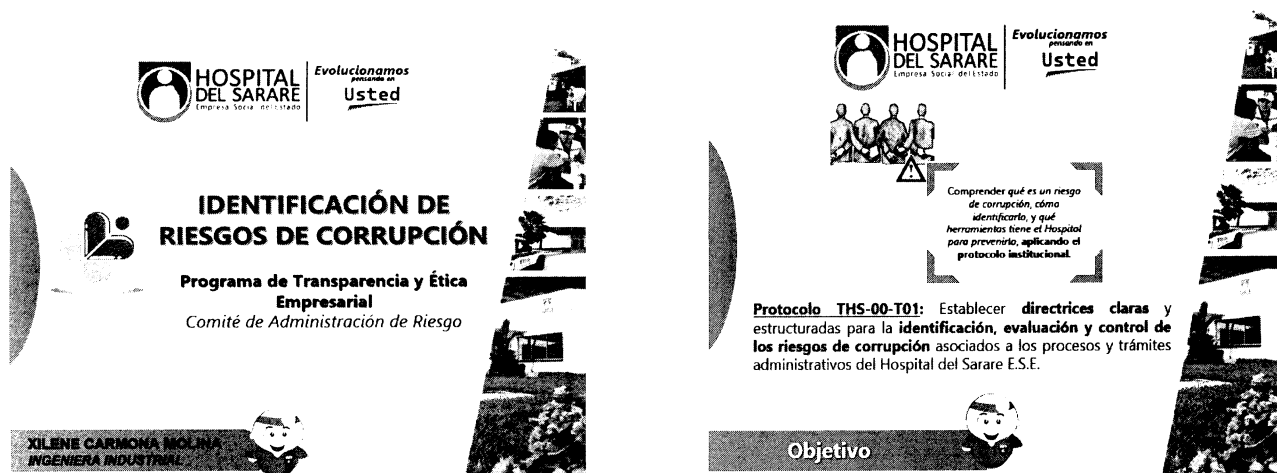


Imagen 3 Socialización Riesgos de corrupción - Programa de formación continua 2025

➤ Número de Denuncias Recibidas y Tiempo de Respuesta

Este indicador permite monitorear la gestión del canal de transparencia habilitado para la recepción de denuncias relacionadas con presuntos actos de corrupción, conductas contrarias a la ética o faltas administrativas. Durante el periodo



evaluado, no se registraron denuncias, lo cual puede interpretarse desde dos enfoques: por un lado, como un indicador de percepción positiva y confianza en los procesos institucionales; y por otro, como una oportunidad para fortalecer la difusión del canal, asegurar su accesibilidad y fomentar una cultura de denuncia fundamentada en la corresponsabilidad institucional.

Aunque no se gestionaron casos durante el periodo, se mantiene activo el sistema de seguimiento que permite evaluar los tiempos de respuesta, medidas adoptadas, y nivel de satisfacción de los denunciantes, en caso de ser requerido. No se evidenció información clara de la protección del denunciante.

➤ **Ejecución de Auditorías Internas del PTEE**

Este indicador cuantifica el grado de cumplimiento del plan anual de auditorías internas contemplado en el PTEE, permitiendo identificar brechas de control en los procesos de alto riesgo. Durante la vigencia, se ejecutó una auditoría interna el día 25 de noviembre de 2024, a cargo de la Oficina de Control Interno. Dicha auditoría permitió detectar oportunidades de mejora en la gestión del talento humano, específicamente en temas asociados a estandarización de procesos, control documental y seguimiento a compromisos contractuales. Los hallazgos fueron insumo clave para la formulación del plan de mejora correspondiente.

➤ **Seguimiento al Plan de Mejora – Auditoría Interna Vigencia 2024**

Con base en los resultados de la auditoría interna realizada, se establecieron acciones de mejora dirigidas a cerrar brechas identificadas en los procesos misionales y de apoyo. A continuación, se detalla el avance de cada acción:

Seguimiento al Plan de Mejora – Auditoría Interna Vigencia 2024
Realizar dos informes semestrales por plan anual Se cumplió con la entrega oportuna de los informes semestrales del año 2024, los cuales fueron presentados ante la Gerencia General, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, en las fechas estipuladas. El informe anual consolidado se encuentra debidamente almacenado en la ruta compartida institucional y el informe primer semestre 2025. \\192.168.1.4\\lideres-sig\3. TALENTO HUMANO\2024\CARACTERIZACIÓN\3. Planes\PLANES 2024.
Documentar y estandarizar los procedimientos de liquidación de nómina En cumplimiento de esta acción, se diseñó y redactó el Manual de Nómina , con el acompañamiento del Subproceso de Gestión de la Calidad. Actualmente el documento se encuentra en fase de revisión por parte del equipo de calidad, previo a su presentación formal en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional. El documento está ubicado en la siguiente ruta institucional: \\192.168.1.4\\lideres-sig\3. TALENTO HUMANO\2025\AUDITORÍA INTERNA\3. Planes\PLAN DE MEJORA\EVIDENCIAS 2024\LIQUIDACIÓN DE NÓMINA.
Implementar revisiones periódicas en los archivos de historia laboral Se estableció un esquema de revisión bimensual de los expedientes laborales, mediante la implementación de una herramienta digital de control de documentación que permite verificar la vigencia y completitud de los cursos y soportes requeridos legalmente. Además, se incluyó un módulo específico para el seguimiento al cumplimiento de pólizas.
Formalizar el Comité de Bienestar Social por medio del acto administrativo Durante la vigencia 2024, desde Control interno no se permitió llevar a cabo el seguimiento activo al Comité de Bienestar Social ni se contó acceso a las actas suscritas, esto quedo evidente en la auditoría interna de Gestión estratégica de



talento humano. Para la vigencia 2025 a partir de abril la entidad realizó ajustes y se dio articulación, han realizado la publicación de las actas suscritas y realizaron la expedición de la **Resolución de conformación** del comité, así como el archivo de sus respectivas actas mensuales, las cuales se verifican en la siguiente ruta: \\192.168.1.4\comites institucionales\14_COMITE BIENESTAR SOCIAL. Estas acciones permitirán regularizar su funcionamiento en la vigencia actual.

Análisis de cargas laborales

Aun no se ha desarrollado la actividad.

Actualizar el reglamento interno de trabajo conforme a las normas vigentes

Desde Control interno no se ha evidenciado espacios de revisión o mesas de trabajo para la actualización del manual, el Subgerente de Talento Humano tiene asignada dicha actividad, mencionan que se encuentra en fase de formulación para posterior revisión, ajustes y finalmente poder presentar para su posterior aprobación se debe tener en cuenta en la vigencia 2025 está finalizando y será difícil sesionar la junta para fin de año además este documento requiere varios espacios de análisis y revisión . El documento en borrador está ubicado en la carpeta digital: \\192.168.1.4\lideres-sig\3. TALENTO HUMANO\2025\AUDITORÍA INTERNA\3. Planes\PLAN DE MEJORA\EVIDENCIAS 2024\REGLAMENTO INTERNO.

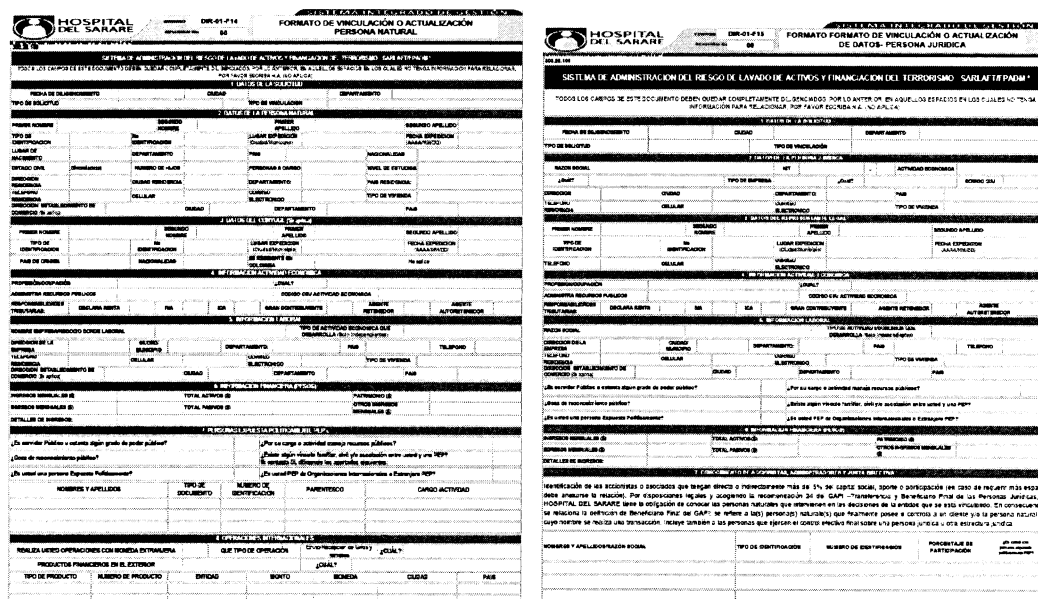
En el marco de la Auditoria interna se evidenció informe del Oficia de cumplimiento PTEE, Se evidenció:

- 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
- Atendió los planes de mejoramiento de las auditorías internas
- 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
- No se evidencia inició o formulación de la Gestión del cambio para migrar del PTEE al PTEP
- No se evidencian acciones articuladas con el subproceso de Planeación de la entidad

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
------	--	------	----	----

6.7 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

Se realizó verificación encontrándose la implementación el siguiente formato:



Fuente: formato actualmente utilizado por oficial de cumplimiento SARLAFT

En el marco de la auditoria de riesgos 2025 subsistema SARLAFT, se hizo revisión con el oficial de cumplimiento de manera aleatoria de los soportes del Reporte de Operaciones Sospechosas, Reportes de Transacciones en Efectivo (Procedimientos) y (Proveedores) en línea a través de la plataforma SIREL, Reportes de Ausencia de ROS y/o Ausencia de Transacciones en Efectivo a través de la plataforma SIREL de enero 1 a octubre 31 de 2025; como lo establece la circular 009 de 2016, para entidades prestadoras de servicios de salud vigiladas por la Superintendencia de Salud.

En esta toma de la información se detectó que el envío de los reportes en línea se realiza oportunamente, respecto a las fechas establecidas para tal fin a través de la plataforma SIREL de manera exitosa, la evidencia del envío se conserva en el área y también son parte de los papeles de trabajo de esta auditoría. realizándose el proceso de manera exitosa.



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
------	--	------	-----------	-----------

Se hizo la revisión de los soportes de envío en línea del reporte de operaciones sospechosas a través de la plataforma SIREL de manera aleatoria, tomando los meses de enero a marzo de 2025, se evidencia que la entidad realiza los envíos de manera oportuna de acuerdo con las fechas estipuladas para dichos reportes, realizándose el proceso de manera exitosa, conservándose la evidencia que corrobora el envío a la UIAF.

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, los primeros 5 días de cada mes, cuando existen transacciones de una persona natural o jurídica que superara \$5.000.000 de manera individual y transacciones en conjunto que superaran \$25.000.000 durante el mes.

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

Se revisó la información enviada a UIAF de los reportes de transacciones en efectivo (proveedores) a través de la plataforma SIREL, realizándose el proceso de manera exitosa, esta revisión se hizo de forma aleatoria, entre los meses de enero a octubre de 2025. Se evidencia que la entidad cumple oportunamente con el envío de estos reportes y realiza las consultas de acuerdo con la fecha estipulada legalmente.

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
------	--	------	-----------	-----------

Se hizo la toma de la información de los reportes de ausencia de ROS y/o reporte de ausencias de transacciones en efectivo a través de la plataforma SIREL, el periodo revisado comprende desde enero a octubre 2025, obteniendo como resultado de esta revisión, que la entidad cumple oportunamente con el envío de dichos reportes de acuerdo con las fechas establecidas legalmente.

6.8 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	✓ 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	✓ 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	✓ 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	✓ 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:

POLITICAS

- No se evidenció política para promover una cultura institución enfocada en la prevención de la Opacidad, Fraude y Corrupción.
- No se evidenció avance en instruir a oficial de cumplimiento o funcionarios para las acciones necesarias para el cumplimiento de las normas relacionadas con la Administración de riesgo de corrupción, opacidad, fraude.
- Se evidenciaron algunas acciones para prevenir conflictos de interés en la recolección de información para el registro de eventos de Opacidad, Fraude y corrupción, pero no se han enmarcado en el plan de acción SICOF.
- No se evidenció la identificación de 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 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.

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

Seguimiento al plan de mejora 2024:

Determinación de controles de riesgos de Corrupción	Estado de implementación
Garantizar la actualización del manual de contratación	Actualizado mediante acuerdo No 23, de diciembre del 2024
Desarrollar capacitación para el personal del Subproceso de contratación	En la vigencia 2024 y 2025 desarrolló jornada de capacitación SECOP II para equipo de trabajo de Gestión jurídica y Almacén
Realizar auditorías aleatorias a los procesos de contratación para establecer el estricto cumplimiento de las políticas y procedimientos.	En la vigencia 2024 y 2025 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.
Se recomienda la realización de inventarios de bienes asignados a los funcionarios por lo menos 2 veces al año.	ESE realizó en el 2025 auditoría interna de inventarios con alcance de todas las bodegas y se asignó a líderes integrales la gestión para la realización de inventarios de equipos en las entregas de turno.
Se hace necesario replantear la estrategia de comunicación, de restablecer los pueste 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.	Esta formulada como actividad PAMEC para la vigencia 2025: Documentar el plan de comunicaciones de la ESE, donde se abarque la comunicación entre sedes y servicios institucionales. Se espera para la finalización de la vigencia 2025 contar con el cumplimiento de la actividad.

En el marco de la Auditoría interna SICOF se evidenció:

- La entidad generó avance en la verificación de inventarios, es fundamental atender los planes de mejora de esta auditoria y el plan de mejora del Plan de mantenimiento hospitalario.
- Se evidenció fortalecimiento en SECOP II
- Aun no se ha culminado la información documentada para la estrategia de comunicación con los usuarios y comunidad a través de los medios tradicionales y redes sociales.

- No se evidenció informe de Oficial de cumplimiento SICOF para la vigencia 2025 argumentando debilidad en la formación específica de SICOF y la multiplicidad de actividades propias del cargo.

6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo operativo

La entidad ha realizado acciones para actualizar o elaborar la caracterización por subprocesos, se encuentra establecida como actividad PAMEC para la vigencia 2025 se espera se culmine la actividad y se apruebe en el comité de Gestión y desempeño.

La institución cuenta con Matriz de riesgos la cual requiere su actualización.

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. En el marco de la actualización de la Política de daño antijurídico Resolución No 052 del 31 de marzo del 2025 se realizó la identificación de riesgos basado en los eventos de atención en salud.

6.10 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud

La entidad aún 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 formula nuevas acciones para estimar costos, pero no se cuenta con información documentada, información parametrizada o herramientas tecnológicas.

6.11 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 IPS.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 20211700000004-5 de 2021:

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 permite la radicación de facturas, pero durante la vigencia 2024 y 2025 se presentaron grandes dificultades por la no definición contractual con las EAPB generando anulación de facturas, refacturación.

6.12 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.

Factores externos están generando riesgos lo cual es fundamental definir alertas tempranas, esto desde el punto de vista de las EAPB y los altos valores de cartera.

6.13 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.

El subproceso de gestión de mercadeo y venta de servicios adelanta gestiones para concretar minutas de ventas de servicios, pero se presenta incertidumbre, los resultados no son favorables esto atada al contexto en los factores externos generados por intenciones del gobierno nacional de reforma a la salud, crisis financiera del sector salud.

6.14 Sistema de gestión del riesgo para integridad pública SIGRIP:

La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, como líder de la política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción, desarrolla los lineamientos para la implementación del Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) que permite implementar los requerimientos para los Programas de Transparencia y Ética Pública (PTEP) a través de la Guía de administración y gestión del riesgo V7 del 2025.

Según lo establecido en esta Guía, las entidades en el marco de la formulación de la Política para la Gestión Integral de Riesgos deberán asignar unos niveles de responsabilidad.

Tabla 31 Roles y responsabilidades SIGRIP

Línea Estratégica	3ra Línea	2da Línea	1ra Línea
Supervisor del Programa	Auditor del Programa	Administrador del Programa	Ejecutores del Programa
Alta Dirección			
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Oficina de Control Interno, Auditoría Interno o quien haga sus veces	Dependencia o persona designada por la Alta Dirección	Directivos, líderes de proceso, servidores y colaboradores
Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			
Son los responsables de analizar y decidir sobre el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP	Auditoría del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, con el propósito de asesorar y recomendar mejoras.	En el marco del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP asume la función de cumplimiento que se desarrolla en el numeral 6.3.7.3	Les corresponde la ejecución y el monitoreo de primera línea de los elementos del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP.

Fuente: Elaborado Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. 2025.

En el marco del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, las entidades deberán identificar y valorar los riesgos que pueden impactar el ejercicio íntegro de la función pública, incluidos los riesgos de LA/FT/FP. Sin embargo, bajo una perspectiva de integralidad, los riesgos para la integridad pública deben ser gestionados en conjunto con los riesgos generales de gestión, la gestión preventiva del riesgo fiscal y los riesgos de seguridad de la información. En consecuencia, las entidades deberán contar con una misma Política para gestionar todos sus riesgos.

La Entidad aun no ha identificado y definido riesgos de Integridad y en la Resolución Institucional No 205 del 29 de agosto del 2024 en artículo 3 Alcance de la política aun no se han incluido Riesgos para la integridad pública.

ARTICULO 3. Alcance de la Política. Aplica para los riesgos:

- ✓ Riesgos Estratégicos
- ✓ Riesgos Operacionales
- ✓ Riesgos Actuariales
- ✓ Riesgos de Crédito
- ✓ Riesgos en Salud
- ✓ Riesgos de Liquidez
- ✓ Riesgos de Fallas de Mercado
- ✓ Riesgos Financieros
- ✓ Riesgos Tecnológicos
- ✓ Riesgos de Cumplimiento
- ✓ Riesgos de imagen o Reputación.
- ✓ Riesgos de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/F.
- ✓ Riesgos de Seguridad Digital
- ✓ Riesgo de seguridad de la información
- ✓ Riesgos fiscales

6.15 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. No se evidenciaron actas de comité de la vigencia 2025. En los seguimientos a comités realizados desde control interno se comunicó al secretario del comité sin embargo aun no ha sesionado.

\\192.168.1.4\comites institucionales\24_COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO\1 ACTA DE COMITE

No Acta	Fecha	Temática
01	No se evidenció	
02	No se evidenció	

7. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta el marco normativo del Decreto_1122_de_2024_Presidencia_de_la_Republica, Circular Secretaria de Transparencia CIR25-00000026 de 2025 y el ACUERDO 01 DE 2025 - REGLAMENTO RED ANTICORRUPCION DAFP la ESE Hospital del Sarare debe realizar el proceso de actualización de lo relacionado con gestión y administración de riesgos basado en la guía DAFP Versión 7 del 2025 y debe avanzar con la gestión del cambio para migrar del PTEE al PTEP integrando allí el Plan anticorrupción de cada vigencia, de acuerdo a la circular el plazo para la entidad es Agosto del 2026 sin embargo debe tener en cuenta en Enero 31 del 2026 es el plazo máximo para aprobar los planes y programas, por lo cual se recomienda estructura el plan anticorrupción en el marco del PETP desde inicio de año.

A continuación, se presentan las recomendaciones:

6.1 Matriz de riesgos

Y Basado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 2025 se debe incluir la identificación Riesgos de integridad pública (Manifestaciones: Fraudes internos, soborno, inadecuada gestión conflicto de interés y riesgos de incumplimiento por conductas asociadas a otras formas de corrupción) lo cual genera la actualización del Artículo 1 de la Resolución institucional No. 205 del 2024.

La Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 - 2025 a propuesto un formato Matriz Mapa de Riesgo; formato con celdas parametrizadas que permite contar con los respectivos mapas de calor por lo cual debe evaluar mediante el comité si acoge las herramientas dadas por función pública o continua con el formato institucional DIR-01-F07.

Se requiere actualizar la matriz de riesgos dando alcance a todos los riesgos definidos en la resolución No 205 y riesgos de integridad se recomienda para dicha actualización:

- Realizar por procesos la identificación de riesgos que puede afectar los objetivos institucionales

- Realizar la identificación de todas las categorías de riesgos allí daría cobertura a los subsistemas.
- En los riesgos operacionales generar articulación con el programa de seguridad del paciente, IAAS y comité de conciliación.

6.2 La entidad cuenta con Análisis de contexto

El contexto para la vigencia 2025 en torno al sector salud ha cambiado y la entidad ha realizado la habilitación de servicios de mayor complejidad, por lo cual la recomendación es realizar un nuevo análisis de contexto, y tener en cuenta este para el plan operativo gerencial 2026.

6.3 Planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos

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.

6.4 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

Con base a l Decreto_1122_de_2024_Presidencia_de_la_Republica, Circular Secretaría de Transparencia CIR25-00000026 de 2025 la ESE debe realizar el proceso de actualización respectivo este en margo de una gestión del cambio. Y llevar al escenario de Junta Directiva para su revisión, aprobación y expedición de Acuerdos de Junta. De igual forma revisar el tema de la designación de oficiales de cumplimiento para determinar si surgen cambios o se reafirman los actualmente designados.

6.5 Documentos y registros para identificación de riesgos de corrupción y conflicto de interés

Incluir en el plan de acción del proceso de Gestión estratégica del Talento humano periodicidad de verificación de diligenciamiento de formatos o registros asociados a la identificación de riesgos de corrupción y conflicto de interés.

6.6 CUMPLIMIENTO DEL PTEE / PTEP

Para la recomendación es importante tener en cuenta los siguientes considerandos normativos:

- ✓ La ley 2195 del 2022 para todas las entidades públicas obligadas se hizo exigible la implementación de un Programa de Transparencia y Ética Pública en reemplazo de los Planes Anticorrupción y de Atención a las Ciudadanías, los cuales, desde ese mismo momento, fueron eliminados del ordenamiento jurídico. La norma difirió la obligatoriedad del Programa de Transparencia en el tiempo, para lo cual se estableció un periodo de transición de un (1) año para las entidades del orden nacional y dos (2) años para las del orden territorial.
- ✓ Artículo 73 de la ley 2195 del 2022 parágrafo 3, el cual establece, además del plazo, una condición: para que inicie a contar de forma perentoria el término otorgado por el legislador, es necesario que la Secretaría de Transparencia señale las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir los Programas de Transparencia y Ética Pública.

- ✓ Mediante el Decreto 1122 de 2024 la Secretaría de Transparencia emitió lineamientos. entre otras cosas, adoptó la versión 1 del Anexo Técnico, documento que establece los lineamientos para la formulación y ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública hasta el 30 de agosto del 2024.
- ✓ La aplicación integral del régimen de transición establecido en la Ley para el orden nacional tendrá hasta el 29 de agosto de 2025 para implementar su Programa, mientras que las entidades del orden territorial tendrán hasta el 29 de agosto de 2026.

Por lo anterior la recomendación es iniciar la Gestión del Cambio para migrar al PTEP. Y tener en cuenta a 31 de enero del 2026 la entidad mediante resolución aprueba y publica los planes y programas institucionales, por lo cual se recomienda no formular el Plan anticorrupción y atención al ciudadano con la anterior metodología sino realizarlo en el marco del Plan operación del PTEP específicamente en el Plan de ejecución y Monitoreo.

Y además revisar- actualizar- implementar:

- 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.
- Actualizar el PTEE migrando al PTEP con la información mínima de:
 - Política ALA/CFT/CFP
 - Política antisoborno
 - Política antifraude
 - Procedimiento para la gestión de conflictos de interés
 - Procedimiento para el reporte de operaciones sospechosas, operaciones inusuales
 - Procedimiento para la operación del canal institucional de denuncias por corrupción y buzón ético.
 - Proceso de debida diligencia (esto elimina la excusa es que no sabia). El objetivo es identificar señales de alerta, que debo hacer en el momento de esa vinculación. (consulta de listados restrictivos obligatorios y básicos:

Para la gestión del cambio a realizar se recomienda tener en cuenta los documentos e información impartida por la Función pública la cual la encontrará en el siguiente link:

https://www.google.com/search?q=COMO+SE+FORMULA+Programa+transparencia+y+etica+publica&sca_esv=5d625ea072462752&sxsrf=AE3TfOp1byLezjla3bxJhf6NVw-hhcrpA%3A1759288605695&ei=HZ3caKuZKvuLwbkP-PitmAM&ved=0ahUKEwjrm5njhIKQAxX7RTABHXh8CzMQ4dUDCBA&uact=5&oq=COMO+SE+FORMULA+Programa+transparencia+y+etica+publica&gs_l=Eqxnd3Mtd2l6LXNlcnAiNkNPTU8gU0UgRk9STVVMQSBQcm9ncmFtYSB0cmFuc3BhcmV uY2lHhkgZXRpY2EgcHVibGljYTIIECEYoAEYwwRI-TZQnQdYmy5wAXgBkAEAmAHQAqAB_RiqAQgwLjEzLjQuMbgBA8gBAPgBAZgCDaAC8xDCAgoQABhHGNYEGLADwglHECMYsAIYJ8ICBAAGaYHhgNwglKEAAYCBgeGA0YCsICChAhGAoYoAEYwwSYAwCIBgGQBgiSBwcxLjkuMi4xoAf8brlHBzAuOS4yLjG4B-sQwgchMC43LjUuMcgHOg&sclient=gws-wiz-serp#fpstate=ive&vld=cid:8247aebb,vid:zcm97qJpZqQ,st:0

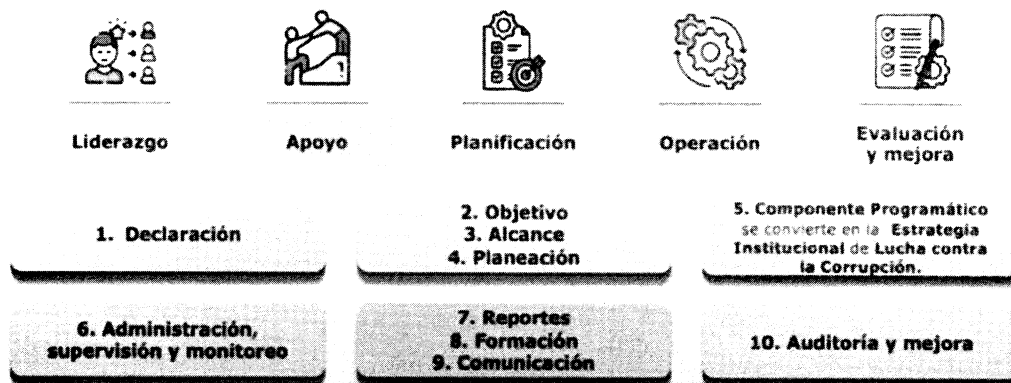


Se recomienda tener en cuenta la estructura dada por la secretaria de Transparencia:

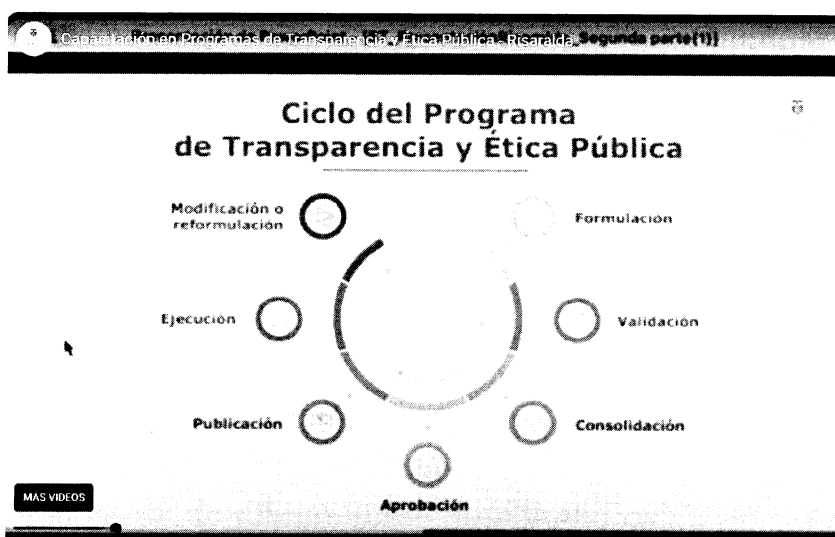
El PTEP se divide en dos grandes componentes: uno transversal y otro programático, este último también denominado Estrategia Institucional de Lucha contra la Corrupción

Estructura del Programa de Transparencia y Ética Pública

Procesos



Presentación de video tutorial de función publica



Presentación de video tutorial de función publica



¿Cuál es la estructura de la estrategia?

1. Administración de riesgos

- 1.1. Gestión de riesgos para la integridad pública
- 1.2. Gestión de riesgos de LA/FI/FP
- 1.3. Canales de denuncia
- 1.4. Debida diligencia

2. Redes y articulación

- 2.1. Redes internas
- 2.2. Redes externas

3. Modelo de Estado Abierto

- 3.1. Acceso a la información pública y transparencia
- 3.2. Integridad pública y cultura de la legalidad
- 3.3. Diálogo y corresponsabilidad

4. Iniciativas adicionales

- Deforestación
- Lavado de activos
- Financiación del terrorismo
- Narcotráfico
- Iniciativas de paz
- Género y lucha contra la corrupción

Presentación de video tutorial de función pública

La Estructura recomendada en la siguiente:

I. DECLARACIÓN- OBJETIVO-ALCANCE

Aquí se menciona la política de **ALA-CFF-CFP-ANTISOBORNO-ANTIFRAUDE**

II. ESTRATEGIA INSTITUCIONAL

- a. Ciclo PETP
- b. Ciclo Riesgos (Incluye análisis de contexto, matriz de riesgos, revisión del estado de actualización de la política institucional riesgos)
- c. Procedimientos
 - Gestión conflicto de interés (Actualizar canales de denuncia).
 - Operaciones sospechosas o inusuales
 - Debida diligencia incluyendo alertas
 - Identificación de riesgos de corrupción (Actualizar según la guía riesgos V7)

III. IDENTIFICACIÓN DE REDES Y ARTICULACIÓN

IV. MODELO DE ESTADO ABIERTO (Cultura del cumplimiento organizacional)

- Diagrama basado en matriz legal
- Estrategia rendición de cuentas
- Autorregularse-autocontrolarse-autogestionar
- Diagnóstico IVA

V. FORMULACIÓN: Plan de ejecución y Monitoreo (Antiguo plan anticorrupción):

No	COMPONENTE
1	Gestión integral del riesgo de Corrupción
2	Redes institucionales y canales de denuncia
3	Legalidad e integridad
4	Racionalización de Trámites
5	Iniciativas adicionales
6	Participación ciudadana y rendición de cuentas
7	Transparencia y acceso a la información pública
8	Estado Abierto

Tener en cuenta también para la actualización al PTEP que se requiere realizar nuevo análisis de contexto, Articular adecuadamente con Planeación, definir documentalmente la protección de denunciante y fortalecer las metodologías de capacitación y difusión.

6.7 Lineamientos Subsistema de Administración de riesgos SARLAFT

RECOMENDACIONES REALIZADAS EN 2024 Y EL AVANCE EN 2025

De las recomendaciones planteados en el informe de auditoría 2024, se presenta el siguiente resultado.

- Se debe tener especial y riguroso control, sobre las transacciones realizadas por la entidad en efectivo, 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 mixtas del mes anterior, las cuales superen o sean iguales a (\$25.000.000) veinticinco millones de pesos.

Avance

Realizada la revisión a las transacciones efectuadas por el fondo de caja menor, se evidencia que no hubo transacciones de una persona natural o jurídica que supere \$5.000.000 de manera individual y transacciones en conjunto que superaran \$25.000.000 durante el mes.

- La oficina jurídica es el canalizador del control de las personas naturales o jurídicas que son oferentes o serán contratistas de bienes y servicios, es allí donde debe existir el retén, para la revisión de los riesgos en la plataforma UIAF.

Avance

Existe un formato SARLAFT para los oferentes de la entidad, el cual es un requisito obligatorio para entregar las propuestas, poder participar como oferente y posteriormente contratar.



- El área de talento humano representa el mayor número de personas naturales que van a ingresar como empleados de la entidad, son más de 800 personas que rotan como funcionarios que laboran o que se les termina el contrato de trabajo, es por esto que esta dependencia es clave en el control del lavado de activos y financiación del terrorismo. Es la comunicación asertiva con el oficial de cumplimiento y realizar oportunamente la consulta en la plataforma de SIREL.

Avance

El porcentaje de cumplimiento en la realización de consultas SARLAFT en 2025, a los funcionarios de esta entidad, presento el siguiente comportamiento:

CONSULTA SARLAFT TALENTO HUMANO ESE HOSPITAL DEL SARARE			
TALENTO HUMANO CORTE OCTUBRE 2025	TH ACTUAL	CONSULTA SARLAFT	% EJECUTADO
PLANTA	78	68	87%
CONTRATO	607	313	52%
NUEVO INGRESO	152	152	100%
TOTAL	837	533	64%

Del total de funcionarios (837) con los que cuenta la entidad, se realizó la consulta SARLAFT, así, de los 78 funcionarios de planta actuales, se hizo la consulta a 68 funcionarios, con una tasa de cumplimiento del 87%; de los 607 funcionarios de contrato que renovaron su contrato se realizó la consulta a 313 trabajadores, con un cumplimiento del 52% y de 152 personas que ingresaron con nuevo contrato se realizó este procedimiento al 100%, presentando un porcentaje de cumplimiento ponderado del 64%.

En revisión de la información con los funcionarios encargados de talento humano, se detectó que se envió oficio al total de funcionarios para que diligenciaran el formato de consulta SARLAFT, existe un incumplimiento en la entrega de 10 funcionarios de planta y 294 funcionarios de contrato.

- Las entidades que realizan donaciones a la entidad sean nacionales o extranjeras, también deben ser objeto 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.

Avance

No se realizaron consultas previas SARLAFT a las entidades que realizaron donaciones a la ESE Hospital del Sarare, en indagación con la funcionaria manifiesta que estas instituciones no colaboran con el diligenciamiento del formato de consultas SARLAFT y se vuelve un trámite burocrático imposible de llevar a cabo.

SUBVENCIONES RECIBIDAS 2025			
ENTIDAD DONATARIA	FECHA	VALOR	CONCEPTO DONACION
PREMIERE URGENCE INTERNATIONALE	29/05/2025	7.067.468	MEDICAMENTOS
FONDO NACIONES UNIDAS X LA INFANCIA	1/07/2025	25.000.000	PLANTA ELECTRICA C-GEN
FUNDACION SAVE THE CHILDREN COLOMBIA	29/10/2025	38.147.830	EQUIPOS BIOMEDICOS
TOTAL SUBVENCIONES RECIBIDAS 2025		70.215.298	

- La venta de servicios de salud a empresas jurídicas o personas naturales que pagan en efectivo o bancarizado, deben ser sujetos de consulta de SARLAFT y enviar el reporte a la UIAF, por la plataforma SIREL.

Avance

Existe compromiso y nuevas recomendaciones para el funcionario encargado de canalizar los pagos por pacientes de servicios de salud particulares.

HALLAZGOS

- Se detectó que existen consultas que arrojan alertas de novedades en personas con deudas atrasadas en entidades bancos y antecedentes en procuraduría, demandas de carácter no reconocido, se pasa a jurídico para que defina si es viable contratarlo o no.
- En 2025 a 302 funcionarios no se les realizó la consulta SARLAFT, porque estos, no entregaron el formato diligenciado con la información necesaria para tal fin
- El formato de consulta SARLAFT para funcionarios contiene demasiados requerimientos.
- No se realizaron consultas SARLAFT previas a las entidades diferentes a la nación, que realizaron donaciones a la ESE Hospital del Sarare.
- Debe existir capacitarse para algunos funcionarios que repliquen la información sobre riesgos y LAFT



RECOMENDACIONES

- Informar y socializar al funcionario responsable de promoción y venta de servicios de salud particulares la obligación de la entidad frente a la realización de la consulta SARLAFT, sin causar traumatismos e incomodidades a los pacientes particulares.
- Creación de un procedimiento o política institucional frente a los resultados de las consultas con alertas de novedades, en personas con deudas atrasadas en entidades bancarias, antecedentes en procuraduría, contraloría, demanda de alimentos y otros tipos de demandas de carácter no reconocido, entre otras.
- Solicitar la modificación del formato SARLAFT, con su respectiva justificación al comité pertinente, para que realice el análisis y aprobación de los cambios, esto antes de finalizar el periodo 2025.
- Se recomienda a la dependencia de talento humano realizar un cronograma con las fechas en que debe realizar las consultas del año 2026 de los funcionarios de planta y de contrato; se debe continuar solicitando como una condición para ingresar a laborar en la entidad, el diligenciamiento del formato SARLAF.
- Oficiar a los funcionarios que no entregaron el formato SARLAFT, para que cumplan con esta obligación y en 2026 no se presente esta situación.
- Enviar comunicación al responsable de recibir donaciones en la entidad, para que entregue la información oportunamente y se puede realizar el proceso SARLAFT antes de recibir la donación; además, se debe brindar el apoyo a la funcionaria para que estas entidades entreguen el formato diligenciado y no se tenga que elegir "si se cumple el procedimiento interno o no recibir la donación".
- Incluir dentro de las cláusulas contractuales o funciones el deber de atender y cumplir los lineamientos de los subsistemas de gestión y administración de riesgos.

6.8 Lineamientos específicos de subsistema de administración de riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICO

- Realizar las mejoras necesarias para la implementación y ejecución del SICOF donde se generen sus respectivos informes semestrales.
- Como medida para minimizar riesgo de Opacidad, la entidad realiza la verificación en diferentes plataformas de a todos los que la entidad establece una relación comercial o contractual, pero en casos donde la fórmula de arreglo es ceder pagos la ESE debe analizar dicha medida pro y contras, y asegurar la verificación de dicho tercero.
- Fortalecer la implementación SICOF en todas sus etapas.
- Realizar la identificación de los controles y el perfil de los riesgos.
- Ejecutar los planes de mejora de las auditorias de inventarios y plan de mantenimiento hospitalario las cuales promueven el cuidado de los bienes del estado.

6.9 Lineamientos Subsistema Administración de riesgo operativo

Designar un referente o responsables del subsistema. 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.

6.10 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud

Designar un referente o responsables del subsistema. 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 riesgo de eventos e incidentes adversos.

6.11 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez

Designar un referente o responsables del subsistema y articular con el comité de Sostenibilidad contable. 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.

6.12 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito

Designar un referente o responsables del subsistema y articular con el comité de Sostenibilidad contable.

6.13 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial

Designar un referente o responsables del subsistema y articular con el comité de Sostenibilidad contable

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

6.14 Sistema de gestión del riesgo para integridad pública SIGRIP:

Documentar el SIGRIP, asignar referente y realizar inclusión de las actividades en el respectivo plan de acción.

6.10 Comité de administración y gestión del riesgo

Reevaluar la constitución del comité, y generar estrategias para que se asegure la implementación y seguimiento de lo relacionado con riegos, la ESE manifestó la voluntad de ordenar dicho tema a través de la creación del subproceso de Gestión y administración del riesgo, pero no se evidencia avance y claridad y se ha generado poca articulación.

8. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS

8.1 No conformidades identificadas en la Auditoria interna

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
----	-----	-----

9. CONCLUSIÓN GENERAL

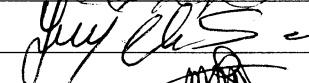
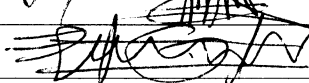
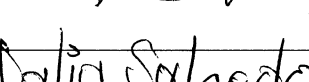
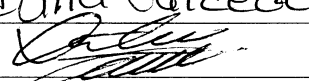
La auditoría se ejecutó de acuerdo con lo previsto en el Plan de Auditoría y, a la vez, se cumplió con el objetivo y alcance programado gracias a la disposición de los colaboradores.

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\\ideres-sig\3. PLANEACIÓN

Para constancia se firma Saravena, a los (18) dieciocho días del mes de Noviembre del año 2025.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

Nombre Completo	Cargo	Firma
JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS	Revisor Fiscal	
YENNY CAROLINA SUAREZ	Asesora Control Interno	
GERALDINE REAL LOZANO	Profesional de Apoyo	
JORGE ELIECER MORA ALVARADO	Asesor de Planeación	
JUAN ALEXIS ARCHILA MANRIQUE	Oficial de Cumplimiento SARLAFT	
DALIA SALCEDO	Oficial de Cumplimiento SICOF	
XILENE CARMONA	Oficial de Cumplimiento PTEE	