

INFORME AUDITORÍA PROCESO DE GESTIÓN DE MEJORAMIENTO  
CONTINUO - EJE DE GESTIÓN DEL RIESGO E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA  
- 2024.

ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO

Gerente

LIZETH KATHERINE VIVAS TORRES

Líder del proceso de Gestión del Riesgo.

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ

Asesor Oficina Control Interno

Edición

JULIO-AGOSTO

2024.

## INFORME AUDITORÍA PROCESO DE GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO - EJE DE GESTIÓN DEL RIESGO E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA

### 1. OBJETIVO

Evaluar la gestión adelantada por la E.S.E. Salud del Tundama del PROCESO DE GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO – EJE DE GESTIÓN DEL RIESGO, en cuanto al cumplimiento normativo vigente, las directrices establecidas en el Manual de funciones, procedimientos, Plan Operativo Anual, instructivos y formatos relacionados con el proceso.

Determinar el adecuado diseño y aplicación de los procedimientos y la administración de los riesgos y controles del Proceso de Gestión del riesgo de la ESE. Salud del Tundama, con el fin de generar recomendaciones de valor para fortalecer el control interno de la entidad en dicha área.

### 2. ALCANCE

Se define el alcance de la auditoria en la aplicación del sistema de control interno en los procedimientos (autocontrol en sus actividades) y el adecuado diseño y seguimiento de los controles y de los riesgos asociados a los procesos estratégicos del Eje de gestión del riesgo. Los temas evaluados corresponden a Matriz de Riesgos asistenciales y controles 2024 del proceso, Revisión y análisis de indicadores. - Matriz de Riesgos asistenciales, administrativos, clínicos, SICOF y SARLAFT y sus distintos controles 2024 de los procesos.

- Revisión, análisis e impacto de indicadores.
- Plan(es) de mejora producto de auditoría(s).
- Programa de gestión del riesgo EGMC pg05-110
- Procedimiento de gestión del riesgo EGMCP08-110
- Circulares de la Superintendencia Sistema integrado de gestión del riesgo. Riesgos SICOF Y SARLAFT/ FPADM.
- Manual de perfiles, cargos, competencias y prerrogativas clínicas de contratistas y trabajadores en misión de la E.S.E. Salud del Tundama. agthm03-180 pág. 28.
- Actas de comité de gestión del Riesgo. Resolución 666 de 2023 de conformación del comité de Gestión del riesgo.
- Verificación de riesgos materializados y efectividad de los controles.

- Reporte FURAG vigencia 2023 en lo correspondiente a la gestión del riesgo.
- Metodología utilizada en la Identificación de riesgos de la entidad 2024. Evidencias.
- Manual Del Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos, Financiación Del Terrorismo Y Financiación de La Proliferación De Armas De Destrucción Masiva– Sarlaft /fpadm.

### **3. PROCESOS INVOLUCRADOS**

Proceso De Gestión De Mejoramiento Continuo – Eje De Gestión del Riesgo Programa “Tundamito Preventivo-Prevenir es no Arriesgar”, Gestión gerencial E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA.

### **4. SOPORTE LEGAL**

La Oficina Asesora de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 1537 de 2001, 2482, 2641 de 2012 y 943 del 21 de mayo de 2014, decreto 1499 de 2017; así como los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoria basada en riesgos para entidades públicas del DAFP, que establecen la función de realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar el cumplimiento y la efectividad de la gestión institucional y de los objetivos de la entidad, generando recomendaciones para asesorar al representante legal de la entidad, en busca del mejoramiento continuo.

En cumplimiento al programa general de auditorías aprobado para la vigencia 2024, por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el asesor de control interno adelantó la auditoría al proceso de GESTIÓN DEL RIESGO.

### **5. DESARROLLO**

#### **5.1. METODOLOGÍA**

Se acude directamente al proceso para entrevista directa con la líder del eje de Gestión del Riesgo, en donde se realizan preguntas de carácter orientativo e informativo, se pudo adicionalmente obtener información que previamente había sido solicitada vía correo electrónico para el auditor frente a las actividades allí realizadas, otra información se obtuvo de manera posterior; Se realizó previamente la revisión de la plataforma institucional o software Almera para verificar los documentos fuente que respaldan el control interno

del proceso, la aplicabilidad de los distintos documentos que allí reposan y para conocer sobre los riesgos y controles de la entidad del mismo, así como el conocimiento de los mismos por parte de la líder y la forma en la que se constituyeron en la entidad y con los distintos líderes.

Se solicitó durante la apertura de la auditoría información adicional para el posterior análisis de acuerdo al programa de trabajo establecido, la cual fue allegado en forma correcta al correo institucional de control interno.

Se hizo el correspondiente estudio a; auditoría anterior, manual de funciones y a los procedimientos en materia de riesgos y controles del proceso, se revisó y verificó el respectivo cumplimiento de las principales funciones y la aplicabilidad de los procedimientos relacionados en el alcance de esta auditoría.

Para la presente auditoría también se abordó el seguimiento a los Riesgos SICOF y SARLAFT, establecidos por distintas Circulares de la Superintendencia de Salud, para lo cual se abordará en un capítulo especial, con el fin adicional de cumplir con la obligación de seguimiento que requiere la superintendencia. Por lo cual este informe será el insumo en su totalidad del informe que debe presentarse a la junta directiva y al oficial de cumplimiento.

La auditoría se llevó a cabo con normas de auditoría generalmente aceptadas, con políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Auditoría General de la Nación, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar el presente informe.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas de información selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el EJE de GESTIÓN DEL RIESGO; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de esta Oficina Asesora de Control Interno.

Adicionalmente se realizó la siguiente revisión y evaluación de los documentos y temas relacionados en el plan de trabajo de la auditoría como los siguientes;

1. Revisión de documentos: Revisión de documentos e información generada del EJE de Gestión del Riesgo de la ESE Salud del Tundama.
2. Investigación; Revisión, estudio, análisis y seguimiento de indicadores, establecimiento de riesgos y controles de los distintos procesos en la plataforma almera, riesgos materializados; revisión manual de funciones y demás procedimientos fueron constatados para verificar el sistema de control interno del proceso.

Este documento contiene información de interés exclusivo del auditor y el auditado para surtir los trámites establecidos en la Guía de Auditoría. En ese sentido, hasta tanto no se constituya como informe final y sea publicado en la

página web de la ESE Salud del Tundama, no podrá ser distribuido ni utilizado por terceros, ni se podrá hacer referencia a él en ningún otro asunto, sin el consentimiento previo y por escrito del jefe de Control Interno.

## 5.2. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

Se hizo apertura de la auditoría en la oficina de la líder del eje de gestión del riesgo de la entidad, el día 19 de junio de 2024, con las formalidades legales, el acta de apertura reposa dentro de los papeles de trabajo.

Tras la conversación y entrevista con la líder se identificaron varios aspectos, entre fortalezas y debilidades, las cuales se irán avizorando en el presente informe conforme a los temas alcance de la auditoría.

**Riesgos y controles de la entidad:** Dentro del presente tema cabe resaltar que se revisó la conformación de nuestro sistema de gestión del riesgo el cual cuenta con un programa de gestión del riesgo denominado “ EGMCpg05-110 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO “TUNDAMITO PREVENTIVO: PREVENIR ES NO ARRIESGAR” versión 3 de 2023” y en la entidad está desplegado de la siguiente manera y con los siguientes riesgos establecidos para el año 2024;

✓ Riesgos administrativos:

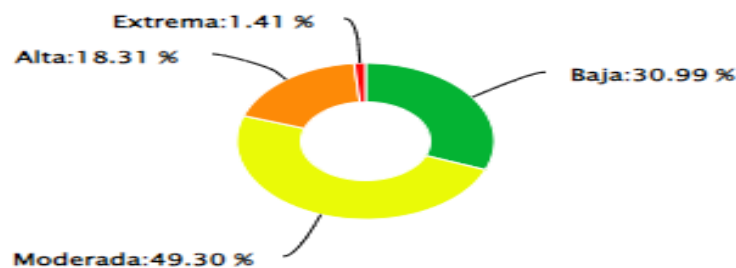


Imagen 1. tomada de Almera: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> 71 Riesgos Administrativos.

✓ Riesgos Asistenciales y de seguridad del paciente:

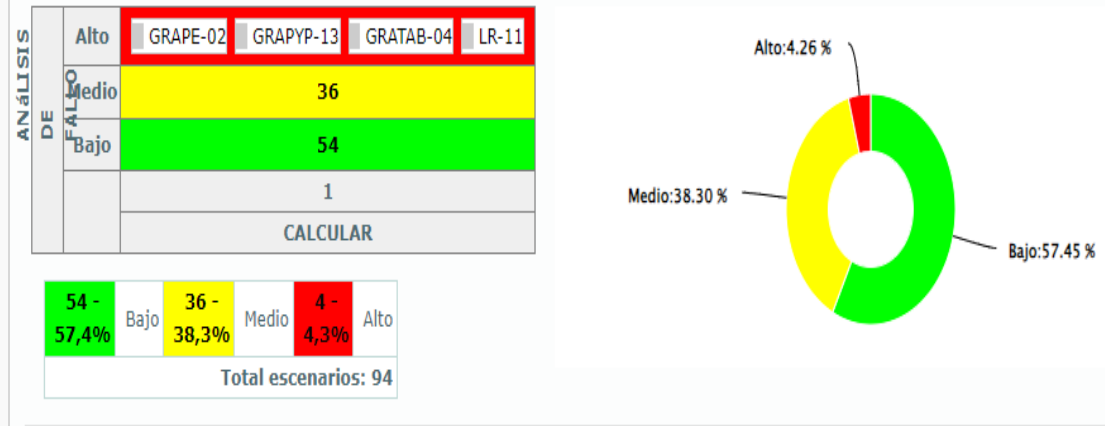


Imagen 2. tomada de Almera: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> 94 Riesgos Asistenciales.

✓ Riesgos Clínicos:



Imagen 3. tomada de Almera: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> 31 Riesgos clínicos.

✓ Riesgos Sicof.



Imagen 4. tomada de Almera: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> 4 Riesgos SICOF.

✓ Riesgos Sarlaft.

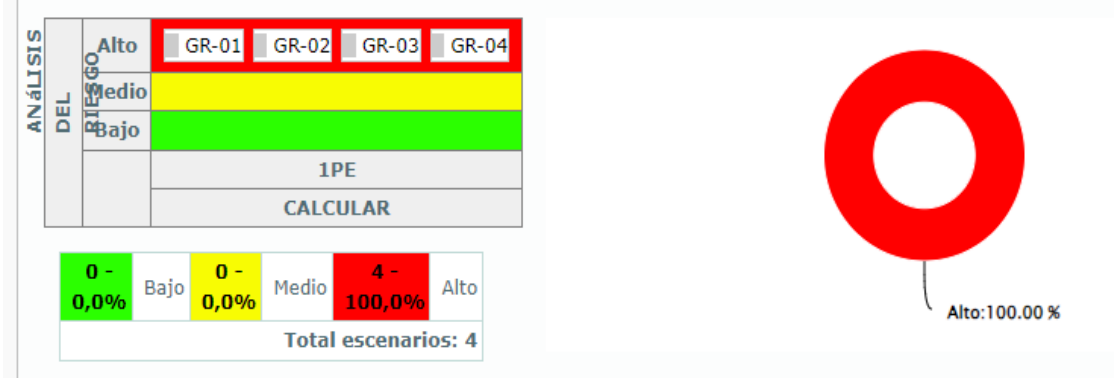


Imagen 5. tomada de Almera: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> 4 Riesgos SARLAFT.

Como se puede apreciar en todas las gráficas los riesgos vienen clasificados por colores o mapa de calor y por probabilidad (Bajo medio o alto) de ocurrencia, a lo que se denomina en la gráfica como escenarios es lo que también conocemos como riesgos.

La entidad en total cuenta con 204 riesgos en total para la presente vigencia.

De lo anterior se destaca como una gran fortaleza de la entidad tener identificados los riesgos y establecidos los controles, como también lo es que los mismos se encuentren en un sistema de gestión de calidad.

Se sugerirá que al realizar la asignación de los riesgos se tenga en cuenta como un posible riesgo el tema de la configuración de conflicto de interés dado que tal configuración puede constituir además un riesgo de corrupción lo cual perjudicaría a la entidad.

Esto se puede realizar desde la configuración de la triada de los procesos, es decir, la realización de los objetivos de los procesos y la fijación de los riesgos y asignación de los controles.

Del mismo modo se recomienda analizar la posibilidad de establecer como riesgo(s) las situaciones jurídicas o contractuales que puedan surgir en específico con el contrato que tiene la entidad con la empresa de servicios temporales. Toda vez que las mismas pueden afectar la prestación de los servicios.

De acuerdo al procedimiento de gestión del riesgo, se evidencia que el reporte de los riesgos materializados se debe realizar vía correo electrónico por los colaboradores a quienes se les materializa el riesgo, sin embargo, no existe una cultura de reporte y por este medio no se han evidenciado los riesgos que se han materializado, por lo que, de acuerdo a lo hablado con la líder del eje de

gestión del riesgo, se debe contemplar como una acción de mejora, configurar a través, de las herramientas tecnológicas y el personal de la entidad, para que el reporte de los riesgos que se materialicen los líderes lo hagan como se reportan los eventos adversos de la entidad.

Para la presente vigencia se han materializado a la fecha los riesgos siguientes;

- ✓ Riesgos administrativos: Dos (2) riesgos correspondientes al proceso de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional y que se describen así;

Gestión de la Información y Comunicación Organizacional	Entorno, Personas	Riesgo Estratégico, Riesgos de Imagen, Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología	Correos electrónicos de extraña procedencia y/o virus informáticos	Improbable	Moderado	Moderada	Evitar el riesgo
Gestión de la Información y Comunicación Organizacional	Medio	Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	Funcionamiento inadecuado de las tecnologías de la información que afectan a los procesos asociados	Posible	Moderado	Alta	Asumir un riesgo

Imagen 6. Fuente. Sistema integrado de gestión almera. <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>

- ✓ Riesgos Asistenciales y de seguridad del paciente: Diez 10 riesgos y obedecen a los siguientes;



riesgo		Riesgo			
Asignación de Citas	Incorrecta identificación del usuario en la asignación de cita.	Bajo	1	Bajo	Evitar el riesgo
Consulta Medicina General	Omisión del diligenciamiento del consentimiento informado	Bajo	1	Bajo	Evitar el riesgo
Consulta Medicina General	Error en la formulación de medicamentos	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Laboratorio Clínico - Toma de Muestras	Oportunidad alta de asignación de citas para laboratorio	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Laboratorio Clínico - Toma de Muestras	Error en la transcripción de resultados de laboratorio	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Programa de Promoción y Prevención	Infección o complicación asociada a inserción o retiro de implante subdérmico o dispositivo intrauterino	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Programa de Promoción y Prevención	Prescripción errónea de medicamentos de la ruta de promoción y mantenimiento por enfermería	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Programa Sonrisas Sanas	Complicación derivada de procedimiento quirúrgico odontológico	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Servicio Farmacéutico	Entrega de medicamento a paciente equivocado	Bajo	1	Bajo	Evitar el riesgo
Servicio Farmacéutico	Entrega de Medicamento equivocado	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo

Imagen 7. Fuente. Sistema integrado de gestión almera.  
<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>

✓ **Riesgos Clínicos: Cinco 5 riesgos.**

riesgo		Riesgo			
Primeras causas de morbilidad	Alveolitis	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Primeras causas de morbilidad	Hematoma y/o Flebitis post toma de muestra de laboratorio	Bajo	1	Bajo	Evitar el riesgo
Programas especiales	Complicación en la patología mental de base por trastorno mixto	Medio	1	Medio	Reducir el riesgo
Programas especiales	Complicaciones del estado nutricional por malnutrición (sobrepeso y obesidad) o desnutrición	Bajo	1	Bajo	Evitar el riesgo
Programas especiales	Descompensación de enfermedad crónica no transmisible/enfermedad renal crónica	Alto	1	Alto	Asumir un riesgo
Programas especiales	Complicaciones en el estado de salud en menor de 5 años relacionado con enfermedad respiratoria aguda	Bajo	1	Bajo	Evitar el riesgo

Imagen 8. Fuente. Sistema integrado de gestión almera.  
<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>

- ✓ Riesgos Sicof: Cero 0 riesgos.
- ✓ Riesgos SARLAFT: 0 Cero riesgos.

De acuerdo a lo anterior se han materializado 17 diecisiete riesgos a la fecha del presente informe, se han generado frente a ellos planes de mejora en Almera y los cuales cuentan con el seguimiento del comité de gestión del riesgo el cual se reúne mensualmente como seguidamente se expondrá.

Para el año 2023 en total se materializaron en total de 16 riesgos lo cual, comparado frente al presente año, se recomendará tener presente que en un poco más de seis meses se alcanzó la cifra del año 2023 inclusive ya fue superada.

**Comité de Gestión del Riesgo:** Uno de los grandes avances que se evidencia dentro de la gestión del riesgo de la entidad, fue la creación del citado comité mediante la resolución 666/2023.

A la fecha se han celebrado seis reuniones en debida forma, por otra parte, se analizó el plan de acción y se sugiere a la líder de gestión del Riesgo como secretaria técnica del comité ajustarlo de acuerdo a lo descrito en el artículo 7° parágrafo primero en lo que tiene que ver con que; el plan de acción esté acorde a las funciones del comité.

Para el presente caso se observaron dentro de las 21 funciones que pueden existir algunas que no se encuentran dentro del plan de acción del comité por lo que se recomienda la revisión del plan de acción dada la importancia del seguimiento. Unas de las funciones que se consideró no encontrarse dentro del plan de acción hacen alusión a las establecidas en el artículo 6° de las letras g) y n) a la u).

Por último se recomienda que el comité se refiera frente a la efectividad de los controles que tiene la entidad y evaluar así su efectividad.

**Procedimiento de gestión del riesgo EGMCp08-110;** De acuerdo al presente consta la forma en la que se identifican los riesgos de la entidad y se les hace seguimiento. En nuestra entidad se estableció el seguimiento mensual de la líder de gestión del riesgo, seguimiento en comité de gestión del riesgo, el cual fue creado el año inmediatamente anterior y el autocontrol que ejerce el líder del proceso.

Dentro de la asignación o determinación de los riesgos de los procesos se determinaron para la vigencia 2024 con cada uno de los líderes en compañía de la líder de gestión del riesgo, de acuerdo a un cronograma y se pudo constatar la planilla física de evidencia de la reunión con los líderes que tan solo el proceso de gestión jurídica no se encuentra en este listado y a lo cual la

líder de gestión del riesgo manifestó que no se reunió para determinar los riesgos para esta vigencia 2024 con la líder.

Respecto de la creación y formulación de los riesgos la entidad en 2021 en la versión 9 del procedimiento se ajustó de acuerdo a la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Este aspecto debido a una oportunidad de mejora de ICONTEC.

Una vez revisados los riesgos identificados y observada la metodología del documento Guía para la gestión del riesgo del departamento administrativo de la Función Pública<sup>1</sup> se puede apreciar que se debe y puede revisar la escritura o transcripción de los mismos teniendo en cuenta las premisas para una adecuada redacción de la Guía antes mencionada.

Lo anterior teniendo en cuenta que algunas de las premisas refieren;

*“No describir como riesgos omisiones ni desviaciones del control.*

*Ejemplo: errores en la liquidación de la nómina por fallas en los procedimientos existentes.”*

Pese a la anterior premisa existen riesgos en los procesos de la entidad que no acatan estas recomendaciones se cita a continuación los siguientes riesgos a manera de ejemplos;

*“Error en la formulación de medicamentos”.*

*“Error en la transcripción de resultados”*

*“Omisión en el diligenciamiento del consentimiento informado”*

Como se puede apreciar en el ejemplo la premisa en la redacción no se tuvo en cuenta.

Otra premisa de la función pública nos dice lo siguiente;

*“No describir causas como riesgos Ejemplo: inadecuado funcionamiento de la plataforma estratégica donde se realiza el seguimiento a la planeación.”*

Otro ejemplo de un riesgo de la entidad donde no se tuvo en cuenta la premisa es citado a continuación;

---

<sup>1</sup> Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6. Noviembre de 2022. Consultada en internet.

[https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34299967/Guia\\_administracion\\_riesgos\\_captitulo\\_riesgo\\_fiscal.pdf](https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34299967/Guia_administracion_riesgos_captitulo_riesgo_fiscal.pdf)

Recordemos que de acuerdo a la guía del DAFP mencionada la redacción de los riesgos sugiere para la redacción de los riesgos tener en cuenta el impacto, la causa inmediata y causa raíz, así como el qué, cómo y por qué, en donde el ejemplo de redacción de un riesgo que cita la función pública es el siguiente;

*“Posibilidad de afectación (impacto - ¿qué?) por multa y sanción del ente regulador (causa inmediata- ¿cómo?) debido a adquisición de bienes y servicios fuera de los requerimientos normativos (causa raíz- ¿Por qué?)*

Bajo la fórmula anterior y teniendo en cuenta las premisas del DAFP, se recomendará revisar la redacción de los riesgos establecidos para todos los procesos y/o programas, esto por parte de la líder de gestión del riesgo y replantear la redacción en aquellos riesgos que se considere necesario, con el fin de que se mejore en la claridad de los riesgos como lo recomienda la función pública a fin de evitar su consumación.

Cabe destacar también de acuerdo a lo hablado en la visita a la líder que algunos riesgos que los líderes establecen en sus procesos si bien ella les ayuda a escribirlos o redactarlos, en ocasiones se requiere entender mejor los conceptos, pero al no ser del campo propio de conocimiento de la líder, esto puede llegar a dificultar el ejercicio de la redacción. Por lo que se recomendará que se apoye o asesore con otros líderes que puedan tener conocimiento cuando tenga dudas.

Se reitera, sin embargo, que la entidad tiene un sistema de gestión del riesgo avanzado en donde se han estructurado las clases de riesgos y se han identificado en cada proceso, todo esto a través, de una líder de gestión del riesgo comprometida e idónea con su función.

Otra fortaleza identificada ha sido la adherencia que los líderes tienen frente al conocimiento de sus riesgos y sus controles a la gestión del riesgo producto de un trabajo que se viene consolidando desde hace unos años.

**Controles:** Se realizó evaluación respecto de la Efectividad de los controles y la oficina de control interno rinde concepto favorable dado que cada riesgo tiene control o controles. Ante la materialización de los riesgos se evidenció la ejecución de los controles en los procesos.

Conceptualmente recordemos que un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los controles también fueron establecidos entre la líder de proceso de gestión del riesgo y los líderes de cada proceso y/o programa.

Es importante también recordar la metodología del DAFP para establecer o definir los controles en la cual recomienda tener un responsable, la acción y un complemento.

Frente a los controles correctivos de acuerdo a las observaciones de la líder del eje de gestión del riesgo, se recibe la apreciación hecha en donde expresa textualmente;

*Los controles correctivos de los riesgos materializados se relacionan con los planes de mejora que se implementan dentro del análisis de los mismos en conjunto con los líderes de proceso, dado lo anterior los mismos son evaluados en su efectividad y corroborados con la disminución de la ocurrencia de los riesgos posterior a la primera materialización, lo cual se evidencia en los seguimientos presentados en el comité institucional de gestión del riesgo, lo cual evidencia su implementación y seguimiento dentro del programa.*

Por lo anterior se aduce que los controles correctivos en la entidad si están operando y siendo objeto de análisis y seguimiento.

**CIRCULAR EXTERNA 2021170000004-5 de 2021 15-09-2021 de la Superintendencia de Salud Sistema Integrado De Gestión Del Riesgo. POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

En el presente punto se hará relación especial al sistema Integrado de Gestión del riesgo. La circular en mención refiere textualmente en su asunto: *“por la cual se imparten instrucciones generales Relativas al código de conducta y de buen gobierno Organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus Subsistemas de administración de riesgos.”*

Entonces dentro de la Resolución se indica que; *“Los lineamientos generales contenidos en la presente Circular son los mínimos que debe tener el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos y son complementarios al marco normativo vigente. Por lo tanto, no sustituyen ni reemplazan las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha cada entidad esté gestionando”*

Lo anterior quiere decir que las entidades objeto de la circular deben tener un sistema integrado de gestión del riesgo el cual servirá para velar por el mejoramiento de la salud de los individuos y la mitigación de los riesgos en salud, brindando servicios con mayor calidad y oportunidad. Asimismo, deben permitir incorporar acciones correctivas a tiempo, dirigidas a mejorar los resultados en salud y financieros de la entidad, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema de salud.

Sumado a lo anterior la SNS exige a través de la circular que para implementar el sistema integrado de gestión del riesgo se deberá contar con los siguientes riesgos y subsistemas de riesgos;

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Mercado de Capitales (No aplica para Empresas sociales del Estado)
7. Riesgo de Grupo (No aplica para Empresas sociales del Estado)
8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. (ya está siendo implementado)

Adicionalmente, traza un camino para documentar e implementar los riesgos mencionados; como se puede apreciar al interior de la entidad no se cuenta con dicho sistema por lo que se deberá plantear como una oportunidad de mejora que se continúe y se articulen los elementos con los que ya cuenta la entidad y se consolide la implementación del sistema integrado de gestión del riesgo.

Es de recordar que el incumplimiento de esta normativa acarrea sanciones de carácter económico como lo establece la Circular.

Se recomienda finalmente en este punto acudir al documento de banco de preguntas del autodiagnóstico subsistemas de administración de riesgos conducta y buen gobierno y programa de ética y transparencia y ética empresarial de la Superintendencia de salud. Versión 02 del 17 de julio de 2023.

#### **Auditorías recibidas por la oficina de control Interno:**

En lo corrido del tiempo que lleva el proceso de mejoramiento continuo con su eje de acreditación de gestión del riesgo, no se han practicado auditorías. Es por ahora, la primera. Por lo que no se cuenta con planes de mejora a los cuales se deba hacer seguimiento.

#### **INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS SICOF (SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE ) Y SARLAFT/PDAM (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.)**

La presente revisión se realizó teniendo en cuenta la Circular emitida por la Superintendencia por la cual se imparten; 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.

Como bien se ha referido en distintos espacios, la presente normatividad es aplicable a esta entidad como categoría D1.

**EI SARLAFT/ FPADM** que implementen los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe comprender como mínimo las siguientes etapas: **5.1.1** Identificación del riesgo **5.1.2** Evaluación y Medición **5.1.3** Controles **5.1.4** Seguimiento y monitoreo

De acuerdo al artículo **5.2.2.1. Diseño de procedimientos**, establece que el diseño de los procedimientos para la implementación del SARLAFT es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento de la entidad, quien deberá presentarlas para su aprobación al máximo órgano social o junta directiva

En la Circular se establece que el documento principal será el manual de procedimientos del SARLAFT, el cual debe contemplar como mínimo:

- I. Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- II. Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT/FPADM. Entre otros.

Es de aclarar y muy importante que la oficial de cumplimiento ya desarrolló para la entidad todos los pasos concernientes para la elaboración y aprobación Manual Del Sistema De Administración del Riesgo de Lavado De Activos, Financiación Del Terrorismo Y Financiación de La Proliferación de Armas de Destrucción Masiva– SARLAFT/FPADM, código EGMCm04-110 y versión 1.0 del 08 de febrero de 2024.

5.1.9. Adiciónese el numeral 6.4 “Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares, o quien haga sus veces”

Esta debe evaluar la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.

De acuerdo a la evaluación hecha se observó que ya fueron elaborados y aprobado el manual para SARLAFT y la recomendación será crear o diseñar una estrategia para la implementación de este Manual en la entidad.

Otros de los avances del presente semestre fueron los siguientes:

Actualización de la política de Gestión del Riesgo Resolución 430 de 2023. (En donde se incluyeron la gestión de los riesgos SARLAFT/PADM y SICOF)  
- Creación del comité de gestión del Riesgo a través de la Resolución 666 de 2023.

Mediante Acuerdo 06 del 28 de agosto de 2023, por el cual se actualizan las funciones de la junta directiva de la ESE Salud del Tundama como lo ordena la circular de la Super Salud.

En acuerdo de junta directiva 07 de agosto 28 de 2023 se designó oficial de cumplimiento y suplente para los riesgos SICOF y SARLAFT.

El proyecto se encuentra en el Sistema Almera en el siguiente link; <https://sgi.almeraim.com/cgi/lib/php/descargar.php?archivoid=77417&ver=true&token=e9ea37225604ace276c9944da015fe2f>

### **Subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF):**

Las entidades vigiladas deben consolidar una estructura para implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, que considere por lo menos los elementos que se señalan a continuación:

3.3.4.1 Políticas 3.3.4.2 Procedimientos 3.3.4.3 Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude 3.3.4.3 Mecanismos 3.3.4.4 Instrumentos 3.3.4.5 Estructura organizacional 3.3.4.6 Documentación 3.3.4.7 Plataforma tecnológica 3.3.4.8 Divulgación de información y capacitaciones.

5.1.8. Adiciónese el párrafo único al numeral 6.2.1 "OFICIAL DE CUMPLIMIENTO", así:

"(...) Para el caso del Oficial de Cumplimiento suplente, debidamente designado al interior de la organización (quien será el reemplazo en ausencia parcial o total del Oficial de Cumplimiento),

**5.2.3.5.3.** El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones, entre otras.

El Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

Como se mencionó ya se designó oficial de cumplimiento y suplente para el Riesgo SICOF, mediante acuerdo de junta directiva N°07 de agosto 28 de



2023. Fue designada como oficial la líder del eje de gestión del Riesgo Lizeth Catherine Vivas.

Ahora bien, respecto del cumplimiento de sus funciones se recomendará que informe a la junta directiva de la entidad, los avances frente a la implementación del manual Sicof.

Es de aclarar y muy importante que la oficial de cumplimiento ya desarrolló para la entidad todos los pasos concernientes para la elaboración y aprobación del Manual De Prevención De La Corrupción, La Opacidad Y El Fraude, código EGMCm03-110 y versión 1.0 del 08 de febrero de 2024.

Se considera respetuosamente que, para la implementación del Manual SICO, se debe seguir desarrollando en la entidad las actividades propuestas en dicho documento, así como ir revisando la necesidad de generar otros documentos o procedimientos que faciliten la implementación del Manual en sí.

**Contrato de prestación de servicios N°014 de 2024** de la líder del eje de gestión del riesgo, no describe las funciones de oficial de cumplimiento, sino que tan solo enuncia un acuerdo de junta directiva, por lo que se recomendará, en principio tener en cuenta también e incluir la normatividad referida por la SNS y describir en el contrato cuales son dichas funciones.

Se evidenció como fortaleza la creación de las matrices de identificación de riesgos SICO Y SARLAFT, en la plataforma Almera.



Imagen1. Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> riesgos SICO

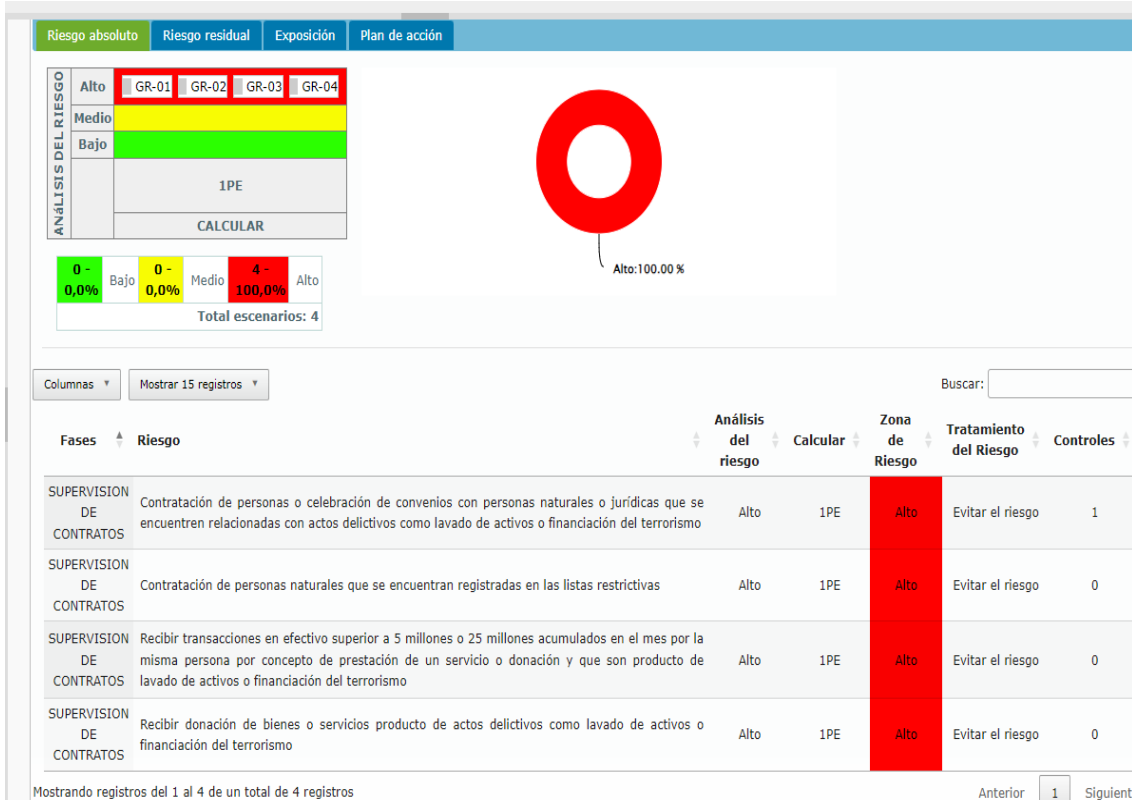


Imagen 2. Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> riesgos SARLAFT

Se observa en las imágenes que algunos riesgos no tienen asignados controles por lo que se recomendará que se fijen.

También se destaca que actualmente en la plataforma Almera fueron creados dos indicadores de reporte para SARLAFT.

De esta manera se puede cerrar el informe respecto del análisis, con las respectivas recomendaciones para mejorar y se podrá concluir que al igual que sistema integrado de gestión del riesgo, se han realizado avances significativos.

## 6. HALLAZGOS, OBSERVACIONES y/o RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda revisar en la matriz de riesgos y controles para que se tenga en cuenta como un posible riesgo el tema de la configuración de conflicto de interés dado que no se encuentra en la matriz del año 2024.
2. Del mismo modo se recomienda analizar la posibilidad de establecer, los riesgo(s) y controles necesarios respecto de las situaciones jurídicas o contractuales que puedan surgir producto del contrato que tiene la entidad con la empresa de servicios temporales.

3. Se recomienda a la líder de gestión del riesgo, socializar en comité de gestión del riesgo la cifra comparativa de riesgos materializados para el año 2023 frente a lo corrido del 2024.
4. Se recomienda realizar una revisión y ajuste del plan de acción del comité de gestión del riesgo y articularlo de forma tal que se tengan en cuenta las funciones establecidas en la Resolución 666 de 2023 en el artículo 6° en particular las letras g) y n) a la u). Tal como lo ordena además el art 7° de la misma Resolución.
5. Se invita a la líder del eje de gestión del riesgo a coordinar con la líder de gestión jurídica el espacio para determinar si los riesgos y controles de la presente vigencia 2024 se encuentran acordes al proceso y sus objetivos o si pueden existir nuevos riesgos.
6. Se recomienda, establecer la forma para que cuando haya cambio de personal que maneja riesgos y controles, el mismo reciba en el menor tiempo posible la inducción por parte de la líder del eje de gestión del riesgo y disminuir la probabilidad de materialización de riesgos.
7. Se recomienda bajo la fórmula que plantea el DAFP (Departamento administrativo de la función pública) para la redacción de los riesgos citada en el presente informe; revisar, replantear o ajustar la redacción en aquellos riesgos de programas o procesos que sea necesario, con el fin de que se mejore en la claridad o entendimiento de los mismos como lo recomienda también la función pública a fin de evitar su consumación.
8. Se recomienda realizar un plan o estrategia para la implementación del Manual del Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos, Financiación Del Terrorismo Y Financiación de La Proliferación De Armas De Destrucción Masiva– SARLAFT/FPADM, código EGMCm04-110 y versión 1.0 del 08 de febrero de 2024.
9. Se recomienda contemplar la necesidad de generar o crear algún nuevo procedimiento para la implementación del Manual De Prevención de La Corrupción, la Opacidad y el Fraude, código EGMCm03-110 y versión 1.0 del 08 de febrero de 2024.
10. Se recomienda realizar una lista de chequeo de obligaciones que se deben cumplir tanto para el Riesgo SICOF como para el riesgo SARLAFT. De acuerdo al contenido en la Circular N° 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia de Salud, con el fin de dar cumplimiento a las mismas.
11. Se recomienda, a la líder del eje de gestión del riesgo como oficial de cumplimiento que informe a la junta directiva de la entidad, los avances frente a la implementación de los riesgos Sicof y Sarlaft.

12. Se recomienda, en el contrato de prestación de servicios N°014 de la líder de gestión del riesgo incluir la normatividad referida por la circular SNS y describir en el contrato cuales son funciones.
13. Se recomienda para efectos de la implementación de las directrices de la SNS en materia de implementación de riesgos Sicof y Sarlaft así como de implementación de sistema integrado de gestión tomar en cuenta el documento de banco de preguntas del autodiagnóstico subsistemas de administración de riesgos conducta y buen gobierno y programa de ética y transparencia y ética empresarial de la Superintendencia de salud. Versión 02 del 17 de julio de 2023.
14. Se recomienda acoger la idea de la líder del eje de gestión del riesgo para implementar un sistema de informe o reporte de materialización de riesgos por parte de los líderes donde se asemeje la forma en que se reportan los eventos adversos.
15. Se sugiere con el fin de evitar duplicidad de funciones o actividades que de las recomendaciones acá emitidas que sean iguales o muy semejantes a las oportunidades de mejora del informe de ICONTEC de renovación de ciclo de acreditación, recibido por la entidad se aborden desde el Plan de Mejoramiento de acreditación.

## 7. CONCLUSIONES

1. Se cuenta con una líder del eje de gestión del riesgo idónea al frente del proceso, la cual ha consolidado un sistema de riesgos y controles en la entidad ejemplo para otras instituciones.
2. Se sigue consolidado en la entidad la cultura y adherencia a la gestión del riesgo.
3. Se cuenta con verdaderas herramientas de valoración y evaluación del riesgo.
4. Se debe continuar aplicando las herramientas del departamento administrativo de la función pública para la administración del riesgo y el diseño de controles.

Cordialmente,



**ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ**

Asesor Control Interno  
E.S.E. Salud del Tundama.

