

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida</p> <p>NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 1 de 38

PROCESO O ÁREA AUDITADA:	FECHA DE ELABORACIÓN:
SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DE RIESGOS	31/07/2024
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROCESO ÁREA:	DESTINATARIO:
AAROL LEE MENDEZ SECRETARIA COMITÉ DE RIESGOS(MIPG) OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	CARMEN SOFIA DAZA OROZCO AGENTE ESPECIAL INTERVENTORA AAROL LEE MENDEZ SECRETARIO COMITÉ DE RIESGOS(MIPG) OFICIAL DE CUMPLIMIENTO INTEGRANTES COMITÉ DE CONTROL INTERNO

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA

OBJETIVO:	Realizar seguimiento a la implementación del Sistema integral de Riesgos en el Hospital Rosario Pumarejo de López en cumplimiento a lo establecido en las circulares 004 y 005 de la Superintendencia Nacional de Salud y según lo establecido en la Guía de administración del riesgo emitidas por el Departamento administrativo de la Función Pública.
ALCANCE:	Se verifica los avances a la implementación del Sistema de administración del riesgo desde Enero-Junio 2024, se toma como base las Circulares Externas 20211700000005-5 del 2021, 20211700000004-5 del 2021 y la 2022151000000053-5 de 2022 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y guías de administración del riesgo establecidos por la Función pública.
METODOLOGÍA:	Se realiza solicitud de información y soportes al área de planeación-Oficial de cumplimiento, verificación en página web y comités institucionales, se solicitan soportes a las diferentes áreas en cuento a la implementación de los subsistemas de riesgo basados en el autodiagnóstico emitido por la Superintendencia Nacional de Salud, se verifican soportes de implementación y se emite informe con los resultados y recomendaciones de mejora.

DESARROLLO DEL INFORME

DESARROLLO

Por parte de oficina de control interno se informa a la jefe de planeación-oficial de cumplimiento sobre el seguimiento a los avances a la implementación del modelo de riesgos en la ESE programado con respecto de Enero-Junio de 2024, de acuerdo a la establecido en el plan de auditorías internas y seguimiento, para lo cual se procede a realizar solicitud de información en medio físico y magnético a los líderes involucrados de acuerdo a lista de chequeo tomando como base los autodiagnósticos generales y por subsistemas de riesgos emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud con la finalidad de poder evidenciar y verificar los avances de la implementación del sistema de riesgos en la ESE.

Inicialmente cabe mencionar que la ESE cuenta con un Manual Integral de Riesgos adoptado por Resolución N° 240 (16 de septiembre de 2022), Por medio de la cual se aprueba y adopta el manual de políticas y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR), el cual integra los

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 2 de 38

lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos de Activos y Financiación del Terrorismo de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, el cual cuenta con última actualización mediante resolución No.295 de 2023, por medio del cual se modifica el manual de políticas y procedimientos del sistema integrado de gestión del riesgo (SIRG) de la ESE Hospital Rosario Pumarejo.

Dentro del mismo se encuentra descrita la política de riesgos para lo cual se evaluará si cumple con los parámetros establecidos por el Departamento administrativo de la Función Pública, en su guía:

Política de administración del riesgo:

1. EVALUACION DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO:

Estructuración de la Política de Administración de Riesgos

La política de administración del riesgo se encuentra aprobado mediante resolución 240 de 2022, y la misma fue cuenta con una V.2 resolución 240 de 2023 y V.3 mediante resolución 295 de 2023, según la nueva metodología de administración del riesgo V.6

Según la guía de administración del riesgo V6 de Diciembre de 2022, la política de administración del riesgo debe contener los siguientes ítems, los cuales se van a evaluar con respecto a la política de administración del riesgo establecida en la ESE:

Item	Concepto	Cumple: SI/NO	Observaciones Evaluación Oficina de control interno
Declaración de la política	Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo (NTC ISO31000 Numeral 2.4). La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.	SI	La política de administración del riesgo definida en la ESE, cuenta con una declaración de la dirección y las intenciones generales de la ESE, respecto a la gestión del riesgo.
¿Quién la establece?	La Alta Dirección de la entidad. Con el liderazgo del representante legal. Con la participación del	SI	En Comité Coordinador de Control Interno y comité de Gestión y desempeño, se formuló la actualización de la política de

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 3 de 38

	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.		administración del riesgo. Fue aprobada mediante resolución No. 240 de 2022.
Objetivo	Se debe establecer su alineación con los objetivos estratégicos de la entidad y gestionar los riesgos a un nivel aceptable.	SI	El manual del SGIR donde se define la política tiene definidos objetivos: General y específicos los cuales están alineados al cumplimiento de la plataforma estratégica de la ESE.
Alcance:	La administración de riesgos debe ser extensible y aplicable a todos los procesos de la entidad. En el caso de los riesgos de seguridad digital, estos se deben gestionar de acuerdo con los criterios diferenciales descritos en el modelo de seguridad y privacidad de la información (ver caja de herramientas).	SI	La política actualizada por el comité de riesgos define en su artículo segundo: Alcance: Inicia con la definición de las políticas y procedimientos para dar cumplimiento normativo del sector en lo que refiere a la gestión integral de riesgos de la institución hasta el tratamiento de estos. Se define que la misma es extensible y aplicable a todos los procesos de la entidad y los subsistemas de riesgos. La versión 3.0 del manual que incluye la política se encuentra aprobada mediante resolución 295 de 2023.
Niveles de aceptación al riesgo:	Decisión informada de tomar un riesgo particular (NTC GTC137, Numeral 3.7.1.6). Para riesgo de corrupción es inaceptable.	SI	El manual de políticas y procedimientos de riesgos define los niveles de aceptación del riesgo en el ítem 12.2 Evaluación del riesgo. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la ESE debe o desea gestionar. La ESE no acepta ningún riesgo relacionado con lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude y

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 4 de 38

			soborno. Para el resto de los riesgos se realizará seguimiento y monitoreo permanente por el líder de proceso y su apoyo.
Niveles para calificar el impacto:	Esta tabla de análisis variará de acuerdo con la complejidad de cada entidad, será necesario considerar el sector al que pertenece (riesgo de la operación, los recursos humanos y físicos con los que cuenta, su capacidad financiera, usuarios a los que atiende, entre otros aspectos).	SI	La política define en el ítem de 12.2 de evaluación y seguimiento en su punto 2. Determinar el impacto. El impacto de los riesgos está relacionado con la afectación económica o reputacional en un nivel de probabilidad de ocurrencia se presenta el cuadro con los niveles de impacto
Términos definiciones y	Aquellos relacionados con la administración del riesgo y con los temas que el manual o guía desarrollen y sean relevantes para que todos los funcionarios entiendan su contenido y aplicación.	SI	En el manual SIGR se cuenta con términos y definiciones.
Tratamiento riesgos: de	Proceso para modificar el riesgo (NTC GTC137, Numeral 3.8.1.).	SI	En el manual SIGR actualizado 2023 por el comité de Riesgos se menciona un ítem específico sobre el tratamiento de los riesgos, donde se determine si el riesgo de debe aceptar, transferir, reducir, compartir y las medidas de tratamiento para cada caso según lo establecido en la NTC GTC137, Numeral 3.8.1.). La versión 3.0 del manual que

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 5 de 38

			incluye la política se encuentra aprobada mediante resolución 295 de 2023.
Estructura para la gestión del riesgo:	<ul style="list-style-type: none"> * La metodología a utilizar. * En caso de que la entidad haya dispuesto un software o herramienta para su desarrollo, deberá explicarse su manejo. * Incluir los aspectos relevantes sobre los factores de riesgo estratégicos para la entidad, a partir de los cuales todos los procesos podrán iniciar con los análisis para el establecimiento del contexto. * Incluir todos aquellos lineamientos que en cada paso de la metodología sean necesarios para que todos los procesos puedan iniciar con los análisis correspondientes. * Incluir la periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos, así como el seguimiento de los riesgos de corrupción, * Incluir los niveles de riesgo aceptados para la entidad y su forma de manejo. * Incluir la tabla de impactos institucional (ver tabla ilustrativa 3. Niveles para calificar el impacto 	SI	La estructura de la política de administración del riesgo establecida en el manual SGR de la ESE adoptada mediante resolución No.233 de 2021, y su última actualización mediante resolución 295 de 2023, cumple con en un mayoría con los criterios establecidos en la guía de administración del riesgo V6 de 2022.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	FECHA	06/02/2023	
	Proceso: Gestión de Control Interno	HOJA	Página 6 de 38

	<p>consecuencias, p. 31).</p> <p>* Otros aspectos que la entidad considere necesarios deberán ser incluidos, con el fin de generar orientaciones claras y precisas para todos los funcionarios, de modo tal que la gestión del riesgo sea efectiva y esté articulada con la estrategia de la entidad.</p>		
--	---	--	--

2. EVALUACION DEL CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

Se evidencia que la ESE cuenta con una matriz de riesgos institucional definida con los riesgos de cada subsistema, pero la misma se encuentra en proceso de revisión y aprobación por el comité de riesgos y la alta gerencia, la cual contiene los siguientes ítems : **i)** Riesgos identificados (inherente y residual), **ii)** Causas generadoras del riesgo, **iii)** Efectos potenciales - Impactos, **iv)** Posible interrelación con otros riesgos, **v)** Controles (responsables, plazos, formas de ejecución, reporte de avances) y **vi)** Tratamiento.

Se evidencia que en el Manual del Sistema de Riesgos se establecieron las metodologías y/o técnicas para la identificación y medición de los riesgos.

Se evidencia que la entidad cuenta con 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 para evitar su materialización , el cual se encuentra establecido en el Manual del Sistema Integral de riesgos en que se encuentra en proceso de aprobación, donde se incluye la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo.

Se evidencia ESE cuenta con los indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos establecidos en el mapa de riesgos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación, pero los mismos deben actualizarse y medirse.

Se deben definir indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de administración del riesgo de la ESE.

Se evidencia que se realizan reportes al comité de control interno sobre el monitoreo de los riesgos de corrupción, y se realizó monitoreo a la matriz de riesgos con todos los subsistemas de riesgos por parte de planeación y control interno con el acompañamiento de cada líder de proceso.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y tu vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 7 de 38

POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

Con respecto a las políticas claras para cada una de las etapas y elementos de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se evidencia que en el manual de riesgos que se encuentra definido por el comité de riesgos y la alta gerencia mediante resolución No.240 de 2022 y la misma cuenta con actualización V. 2 mediante resolución No. 240 de 2023 y V.3 Mediante resolución 295 de 2023, en cumplimiento de las circulares 20211700000004-5 del 2021 y la 2022151000000053-5 de 2022 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

A corte de 30 de Junio de 2024, la ESE no cuenta con los procesos y procedimientos diseñados e implementados para las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, instrumentando así la Política de Gestión de Riesgos.

Se definió el procedimiento para gestión de conflicto de intereses, así como el formato para y fue socializado al personal

FORMATO DE DECLARACIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE CONFLICTOS DE INTERESES

CARTA DE COMPROMISO de conocimiento del código de ética y su implementación.

Se encuentra en proceso de aprobación el procedimiento de creación, actualización y seguimiento a los riesgos.

DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La ESE no cuenta con los procesos y procedimientos que deben contener claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos

SOCIALIZACIONES Y CAPACITACIONES:

Se procede a verificar si el manual del sistema integral de riesgos fue socializado al personal de la ESE, para lo cual se evidencia que para la vigencia evaluada el manual de riesgos en su primera versión fue cargado a la página web en el siguiente link: [https://hrplopez.gov.co/sitio/images/Planeacion/MANUAL_SIGR_2022%20\(1\).pdf](https://hrplopez.gov.co/sitio/images/Planeacion/MANUAL_SIGR_2022%20(1).pdf) , y fue socializado a los líderes de procesos por el profesional de apoyo a riesgos.

Se realizó Divulgación por medio de correo electrónico del Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR y Código de ética y buen gobierno, mapa de riesgos de corrupción 2024, a los funcionarios públicos y contratistas durante el I Semestre 2024.

Se evidencia se realizaron capacitaciones con los líderes de procesos del manual de riesgos integral de riesgos , Sarlaft , PTEE, Código de Ética y Buen gobierno vigente en el mes de Enero 2024, Febrero, marzo, abril, mayo 2024 por parte del profesional de apoyo en riesgos.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y tu vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 8 de 38

REPORTES

Se verificaron los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF:

Se evidencian se han realizado los cargues de Reporte Operaciones Sospechosas en la plataforma de la UIAF desde el mes Enero-Junio 2024: Reporte de operaciones sospechosas: negativo, reporte de procedimientos: negativo, reporte de proveedores: negativo, los cuales se soportan con diligenciamiento de formato de conocimiento del Sarlaft, verificación de transferencias, bancarias mensuales, certificado del tesorero que no se emitan pagos en efectivo.

Se cuenta con aplicativo de listas restrictivas compliance y se garantizó su implementación mediante el contrato No. 954-2024 INFOLAFT SA donde se realizan consultas individuales y masivas.

HERRAMIENTA MAPA DE RIESGOS:

Con respecto al Mapa de Riesgos de cada uno de los subsistemas se cuenta con un mapa de riesgos general para el sistema de riesgos de la ESE el cual fue aprobado por la alta dirección en el mes de Julio 2023, a través del comité de riesgos el cual tiene sus funciones en el comité de Gestión y desempeño, el mismo se encuentra publicado en el siguiente Link : <https://hrplopez.gov.co/sitio/images/Planeacion/MAPA%20DE%20RIESGOS%20INSTITUCIONAL%20HRPL%202023%20V.2%20APROBADA.pdf>, donde se puede verificar la información que contiene el mismo la cual es como mínimo : identificación de factores internos y externos, Riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los Riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los Riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.

3. SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE RIESGOS CON BASE A LOS AUTODIAGNOSTICOS ESPECIFICOS ESTABLECIDOS POR LA SUPER INTEDENCIA NACIONAL DE SALUD:

Se procede a realizar seguimiento a cada una de las etapas de implementación de cada subsistema de riesgos, teniendo en cuenta la herramienta de autodiagnósticos específicos establecida por la Superintendencia Nacional de Salud para lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

3.1 SUBSISTEMA DE RIESGOS SARLAFT

El SARLAFT es el sistema de prevención y control que deben implementar los agentes que componen el SGSSS para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), en virtud del cual, tales agentes deben adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares.

El mencionado sistema debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del SARLAFT y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 9 de 38

CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

	a. Identificación del Riesgo	Cumplimiento	Soportes/Observaciones
7	¿La entidad ha identificado los factores de riesgo de LA/FT/FPADM asociados a su negocio?	SI	Se cuenta con matriz de riesgos institucional aprobado donde se identificaron riesgos de LA/FT/FPADM y el mismo se encuentra aprobado en el mes de Julio 2023.
8	¿La entidad cuenta con mecanismos para detectar señales de alerta de LA/FT/FPADM?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR
9	¿La entidad dentro de la etapa de identificación de riesgos de LA/FT/FPADM contempla el análisis del contexto interno y externo?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR
b. Evaluación y Medición			
10	¿La entidad adoptó la metodología y/o técnica para la medición del riesgo LA/FT/FPADM que permite determinar la probabilidad de ocurrencia y el impacto del riesgo?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR adoptado mediante resolución No.240 de 2022.
11	¿La entidad adoptó la metodología y/o técnica para la medición del riesgo de LA/FT/FPADM que permite realizar una evaluación por factores de riesgo?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR adoptado mediante resolución No.240 de 2022
c. Controles			
12	¿La entidad cuenta con controles definidos para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR y matriz de riesgos en proceso de aprobación.
13	¿La entidad cuenta con los controles definidos para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM, los cuales incluyen descripción de cómo se debe ejecutar, responsables de ejecución, frecuencia y/o plazo de aplicación y evidencias?	SI	Se cuenta con matriz de riesgos institucional aprobado donde se definieron controles de LA/FT/FPADM y el mismo se encuentra aprobado en el mes de Julio 2023.
14	¿La entidad efectúa la verificación de la efectividad de los controles que mitigan los riesgos de LA/FT/FPADM, por lo menos una vez al año?	SI	Se cuenta con verificación de los controles por parte de la oficina de control interno en el mes de Diciembre 2023 y Julio 2024
POLÍTICAS			
1 5	¿La entidad cuenta con las políticas de debida diligencia, vinculación y conocimiento de clientes, usuarios, Personas Expuestas Políticamente (PEPs), asociados, trabajadores, empleados y proveedores?	SI	Formulario Sarlaft
1	¿La entidad ha establecido políticas sobre montos	SI	Se encuentra establecido en el

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 10 de 38

6	máximos de efectivo?		Se encuentra establecido en el Manual SIGR
1 7	¿La entidad ha formulado políticas para la identificación de operaciones inusuales y/o sospechosas?	SI	Se encuentra establecido en el Manual SIGR
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			
18	¿La entidad cuenta con el manual de procedimientos del SARLAFT aprobado oficialmente en la entidad por la Junta Directiva o quien haga sus veces?	NO	
19	¿La entidad ha establecido procedimientos que contemplen la necesidad de identificar situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios y contratos que realiza?	PARCIAL	
20	¿La entidad ha establecido los procedimientos que contemplan análisis de riesgos LA/FT/FPADM cuando se incursione en nuevos mercados o se ofrezcan nuevos bienes o servicios?	PARCIAL	
21	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en clientes y usuarios?	PARCIAL	Se cuenta con el Formulario SARLAFT-GE-FR-018-FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ y crearse procesos y procedimiento para aplicación de debida diligencia.
22	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en Personas Expuestas Políticamente - PEPs?	PARCIAL	
23	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en asociados?	NO	
24	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en trabajadores, empleados y proveedores?	PARCIAL	
25	¿La entidad cuenta con procesos y procedimientos que le permitan conocer la procedencia de los aportes que los socios y/o accionistas hacen en dinero o en especie?	NO	
26	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores)?	PARCIAL	
27	¿La entidad tiene procedimientos apropiados para determinar el monto máximo de las transacciones en efectivo que se puede manejar?	SI	Se encuentra establecido en el Manual SIGR
FUNCIONES DE LOS ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL			
28	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó el manual de procedimientos del SARLAFT y sus actualizaciones?	SI	El manual del SIGR fue aprobado y adoptado por

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 11 de 38

			Resolución 240 de 2022 y cuenta con ultima actualización mediante resolución No.295 de 2023.
29	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces designó al Oficial de Cumplimiento principal y su respectivo suplente?	SI	Se encuentra designado mediante Resolución oficial de cumplimiento / Res 046 de 2024.
30	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces se pronunció sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizó el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas?	NO	A la fecha de corte del seguimiento no se cuenta con informe de pronunciamiento por parte de la junta directiva o quien haga sus veces.
31	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT/FPADM?	SI	Resolución 240 de 2022, Resolución 240 de 2023, Resolución 295 de 2023.
b. Oficial de Cumplimiento:			
32	¿El oficial de cumplimiento depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad. (Mínimo segundo nivel jerárquico)?	SI	
33	¿El oficial de cumplimiento tiene la capacidad decisoria frente a reportes y temas relacionados con la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM?	SI	
34	¿El oficial de cumplimiento acredita el conocimiento en administración y gestión de riesgos de LA/FT/FPADM (certificaciones expedidas por instituciones educativas autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional): Diplomado en Riesgo de LA/FT/FPADM mínimo de 90 horas y curso e-learning UIAF o Especialización en Gestión de Riesgos en general o Certificar 4 años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos?	NO	El oficial de cumplimiento no cuenta con el curso e e-learning UIAF o Especialización en Gestión de Riesgos en general o Certificar 4 años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.
35	¿El oficial de cumplimiento es empleado directo de la entidad?. Si su entidad pertenece a un Grupo Empresariales oficialmente reconocido, es funcionario de alguna de las entidades del grupo?	SI	
c. Revisor Fiscal y Auditoría Interna:			
36	¿La Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal presentan los informes con una periodicidad mínima anual a la Junta Directiva y Representante Legal del cumplimiento o incumplimiento del SARLAFT/FPADM?	PARCIALMENTE	Se cuenta con informe por parte del revisor Fiscal en el mes de Julio 2023 estaría pendiente informe vigencia 2024, del área de control interno del mes de Junio y mes de Diciembre 2023, y presente informe en del I semestre 2024.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

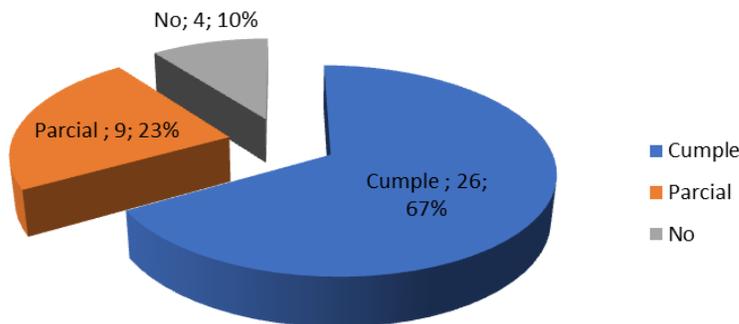
HOJA Página 12 de 38

37	¿La Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal ha puesto en conocimiento del Oficial de Cumplimiento las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT/FPADM o de los controles establecidos?	SI	Se cuenta con informe por parte del revisor Fiscal en el mes de Julio 2023 estaría pendiente informe vigencia 2024, del área de control interno del mes de Junio y mes de Diciembre 2023, y presente informe en del I semestre 2024 y se remiten al oficial de cumplimiento.
38	¿La Auditoría Interna ha evaluado semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT/FPADM?	SI	Se cuenta con el presente informe de seguimiento I semestre 2024.
39	¿La Auditoría Interna ha informado los resultados de la evaluación semestral de la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SARLAFT/FPADM al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva?	SI	Los informes fueron reportados al oficial de cumplimiento y representante legal.
5. REPORTE			
Reportes a la UIAF:			
40	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Operaciones Sospechosas a través de la plataforma SIREL (Sistema de Reporte en Línea)?	SI	Se evidencian Reportes en plataforma UIAF de Enero-Junio 2024.
41	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Transacciones en Efectivo (Procedimientos) a través de la plataforma SIREL?	SI	Se evidencian Reportes en plataforma UIAF de Enero-Junio 2024.
42	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Transacciones en Efectivo (Proveedores) a través de la plataforma SIREL?	SI	Se evidencian Reportes en plataforma UIAF de Enero-Junio 2024.
43	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Ausencia de ROS y/o Ausencia de Transacciones en Efectivo a través de la plataforma SIREL?	SI	Se evidencian Reportes en plataforma UIAF de Enero-Junio 2024.
6. CAPACITACIÓN			
44	¿La entidad realiza los planes y/o programas de capacitación con una periodicidad mínima anual?	SI	Plan anual de capacitaciones 2024 aprobado por el comité de Gestión y desempeño, donde se incluye capacitación en riesgos.
45	¿La entidad enfoca los planes y/o programas de capacitación a todas las áreas y funcionarios de la entidad?	SI	Plan anual de capacitaciones 2024 aprobado por el comité de Gestión y desempeño, donde se incluye capacitación en riesgos.
46	¿La entidad realiza los planes y/o programas de capacitación incluyendo a los nuevos empleados y se los brinda en los procesos de inducción?	PARCIAL	Se debe incluir en los procesos de inducción el tema de sistema de riesgos de la ESE.

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos SARLAFT cumple en un 67 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 27% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 10% de los requerimientos.

Subsistema de riesgos Sarlaft



3.2 SUBSITEMA DE RIESGOS SICOF

Es el conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable.

CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS		
	Cumple	Observaciones /Soportes
a. Identificación		
4 7	¿La entidad tiene identificados y documentados todos los procesos?	SI Mapa de procesos creado y procedimientos documentados.
4 8	¿La entidad ha contemplado dentro de la etapa de identificación de riesgos de COF el análisis del contexto interno y externo?	SI Manual SIGR.
4 9	¿La entidad ha identificado los factores de riesgo de COF y los partes interesadas del negocio?	SI Manual SIGR - mapa de riesgos de corrupción.
b. Medición		
5 0	¿La entidad cuenta con la metodología y/o técnica para la medición del riesgo de COF que permita determinar la probabilidad de ocurrencia y el impacto del riesgo?	SI Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2024
5 1	¿La entidad tiene calculado el perfil de riesgo inherente?	SI Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2024
c. Control		

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 14 de 38

5 2	¿La entidad cuenta con controles definidos para mitigar los riesgos de COF?	SI	Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2024
53	¿La entidad cuenta con los controles definidos para mitigar los riesgos de COF incluyendo la descripción de cómo se debe ejecutar, responsables de ejecución, frecuencia y/o plazo de aplicación, propósito del control, instrucción a seguir en caso de desviaciones, evidencias y naturaleza (preventivo, detectivo, correctivo)?	PARCIAL	Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2024.
54	¿La entidad tiene calculado el perfil de riesgo residual?	SI	Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2024.
d. Monitoreo			
55	¿La entidad realiza seguimiento con una periodicidad mínima anual?	SI	Informe de seguimiento SIGR y política de riesgo
56	¿La entidad cuenta con indicadores para hacer seguimiento al SICOF?	SI	Informe de seguimiento SIGR y política de riesgo
57	¿La entidad genera un reporte semestral con la gestión de los riesgos de COF y su perfil de riesgos inherente y residual?	SI	Se realiza informe de seguimiento a la matriz de riesgos de corrupción de periodicidad cuatrimestral.
MECANISMOS, INSTRUMENTOS			
58	¿El Oficial de Cumplimiento o persona encargada del SICOF ha reportado ante la autoridad competente cuando se han presentado posibles actividades de COF?	SI	NA (No se han evidenciado posibles actividades COF)
59	¿La entidad tiene identificados y segmentados los Factores de Riesgo a los que se ve expuesta?	PARCIAL	
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABILIDADES			
Dentro de sus funciones tiene asignadas:			
a. Junta Directiva:			
60	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó el Manual de Procedimientos de prevención de la COF y sus actualizaciones?	PARCIAL	Manual de riesgos cuenta con actualización V.3 mediante resolución No.295 de 2023.
61	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces hace seguimiento y se pronuncia sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad?	SI	Se cuenta con informe de pronunciamiento por parte del agente especial interventor.
62	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces se ha pronunciado respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF?	NO	A la fecha de corte no se evidencia informe de pronunciamiento por parte del agente especial interventor.
b. Representante Legal:			

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 15 de 38

63	¿El Representante Legal ha designado el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF?	SI	Resolución oficial de cumplimiento / Res 046 de 2024.
c. Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada:			
64	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada del SICOF tiene dentro de sus funciones el desarrollar e implementar el sistema de reportes internos y externos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad?	SI	Resolución oficial de cumplimiento / Res 046 de 2024.
65	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada del SICOF tiene dentro de sus funciones el establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad?	SI	Manual SIGR.
66	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada del SICOF propone al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evalúa la efectividad de dichos programas y controles?	SI	Manual SIGR.
67	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada ha elaborado el plan anual de acción del SICOF y le ha dado estricto cumplimiento?	SI	Plan anticorrupción y sus componentes (riesgos)
d. Revisor Fiscal y Auditoría Interna:			
68	¿La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna han presentado un informe con una periodicidad mínima anual sobre las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos del SICOF?	SI	Se ha presentado informe de riesgos por el área de control interno de la vigencia 2023, i y ii semestre 2023 y este último informe I semestre 2024, por parte de revisoría fiscal se presentó en el mes de Julio 2023, no se evidencia de vigencia 2024.
69	¿La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna han puesto en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF?	SI	Se ha ha presentado informe de riesgos por el área de control interno de la vigencia 2023, este último informe I semestre 2024, por parte de revisoría fiscal se pondrá en conocimiento del representante legal
70	¿La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna han puesto en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF?	PARCIAL	Se ha presentado informe de riesgos por el área de control interno de la vigencia 2023, i semestre 2023 y este último informe I semestre 2024, por parte de revisoría fiscal se

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 16 de 38

			presentó en el mes de Julio 2023, y se ha puesto en conocimiento del representante legal.
71	¿La Auditoría Interna ha informado los resultados de la evaluación de la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SICOF al Representante Legal y a la Junta Directiva?	SI	Se ha presentado informe de riesgos por el área de control interno de la vigencia 2022, I y II Semestre 2023 al representante legal y comité de control interno en el mes de diciembre 2023, el presente I semestre 2024 se socializará.
DOCUMENTACIÓN			
72	¿La entidad cuenta con un documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del Mapa de Riesgos, políticas y metodologías?	SI	Se cuenta con socialización al personal de planta y contratista del mapa de riesgos y manual SIGR, Código de ética y buen gobierno por medio de correo electrónico.
El Manual de prevención de COF contiene como mínimo:			
73	¿El Manual de prevención de COF contiene las políticas COF (Administración del riesgo, protección de personas denunciante, confidencialidad de personas que informen posibles casos)?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR.
74	¿El Manual de prevención de COF contiene la estructura Organizacional COF?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR.
75	¿El Manual de prevención de COF contiene los roles y responsabilidades de los participantes en la administración de COF?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR.
76	¿Los procedimientos y metodologías (identificar, medir, controlar y monitorear) de los riesgos de COF y aquellos para implementar y mantener el registro de eventos COF?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR.
77	¿El Manual de prevención de COF contiene los procedimientos que deben implementar los Órganos de Control frente al SICOF?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR.
78	¿El Manual de prevención de COF contiene las estrategias de Capacitación y Divulgación del SICOF?	SI	Se encuentra definido en el Manual SIGR.
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN			
Divulgación de Información:			
79	¿La entidad tiene diseñado un sistema de reportes internos?	PARCIAL	Se tiene definido en el manual de riesgos en proceso de actualización y aprobación, para su implementación.
80	¿La entidad tiene diseñado un sistema de reportes externos?	PARCIAL	Se tiene definido en el manual de riesgos en proceso de actualización y aprobación, para

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

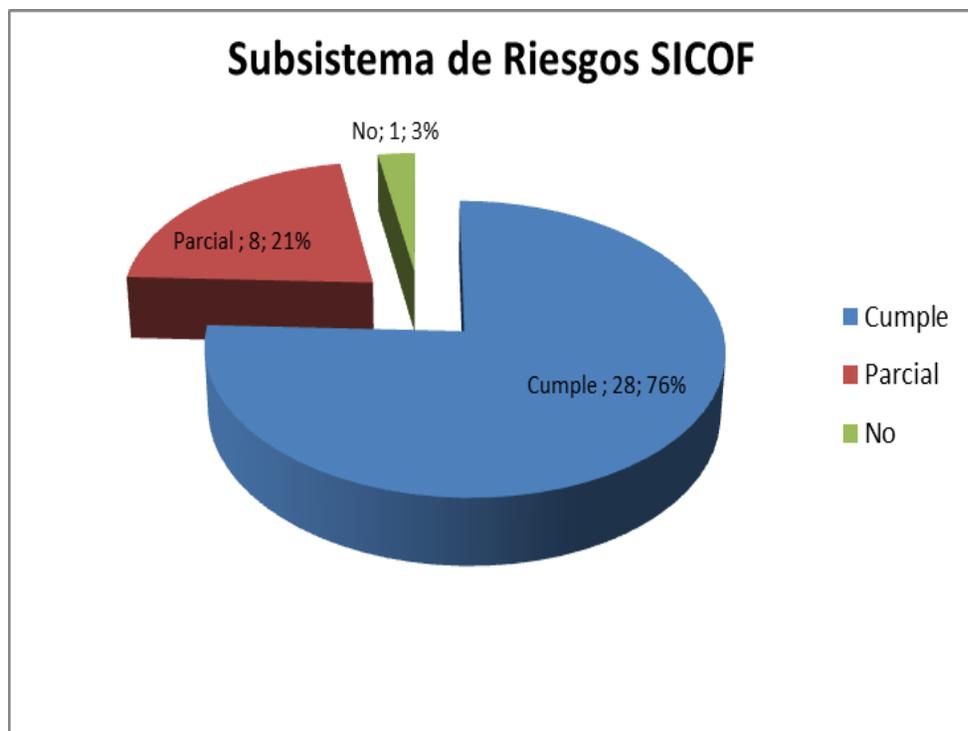
Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 17 de 38

			su implementación.
81	¿La entidad cuenta con canales de comunicación especiales para la recepción de denuncias como: Líneas telefónicas, correos electrónicos, buzones especiales en el sitio web, entre otros?	NO	Se tiene definido en el manual de riesgos en proceso de actualización y aprobación, para su implementación.
Los planes y/o programas de capacitación:			
82	¿La entidad realiza los planes y/o programas de capacitación con una periodicidad mínima anual?	SI	Plan anual de capacitaciones
83	¿La entidad enfoca los planes y/o programas de capacitación a todas las áreas y funcionarios (incluye terceros siempre y cuando exista relación contractual y desempeñen funciones de la entidad)?	PARCIAL	Plan anual de capacitaciones
84	¿La entidad incluye en los planes y/o programas de capacitación a los nuevos empleados y se los brinda en los procesos de inducción?	NO	Plan anual de capacitaciones

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos SICOF cumple en un 76 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 21% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 3% de los requerimientos.



INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 18 de 38

3.3 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS			
a. Identificación del Riesgo			Observaciones/Soportes
85	¿La entidad tiene en cuenta el contexto de la situación de salud del municipio y/o departamento donde está habilitado?	SI	Perfil epidemiológico
86	¿La entidad cuenta con un análisis de la situación en salud de la población objeto de la IPS o afiliada a cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con las cuales tienen una relación contractual?	PARCIAL	
87	¿La entidad cuenta con la caracterización de los servicios ofertados y en esta se analiza la capacidad instalada, el talento humano, la capacidad de producción, las modalidades de atención, las modalidades de contratación, los grupos de riesgo (población potencial de los servicios), la población asignada por las diferentes Empresas Responsable de Pago y la gestión clínica con enfoque diferencial?	PARCIAL	
88	¿La entidad cuenta con la caracterización de la demanda de servicios teniendo en cuenta el enfoque diferencial (género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros)?	PARCIAL	
89	¿La entidad cuenta con un sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adversos, operando y documentado?	SI	Política de seguridad paciente/ Manual de seguridad paciente
90	¿La entidad cuenta con la caracterización de riesgos en salud en cada uno de los servicios habilitados en la entidad y su respectiva estrategia de prevención basada en el diagnóstico de los eventos adversos prevenibles ocurridos, la identificación de los procesos asistenciales de mayor riesgo de acuerdo con lo descrito en la literatura, la revisión de estadísticas propias y estudios realizados por terceros, la valoración del proceso de búsqueda activa y la eficiente implementación de la Política de Seguridad del Paciente y la identificación de alertas para medir la frecuencia de los eventos adversos?	PARCIAL	Matriz seguridad paciente, IPS eventos adversos

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 19 de 38

b. Evaluación y Medición

91	¿La entidad ha diseñado e implementado una metodología y/o técnica que le permita establecer los costos en términos de sobre costo asistencial (rechazo o glosa), estancias hospitalarias prolongadas, riesgo jurídico o sus posibles combinaciones?	PARCIAL	Sistema de costos
92	¿La entidad ha definido límites de tolerancia para establecer metas de control o mitigación en el sistema de gestión de riesgo en salud?	PARCIAL	Manual de seguridad paciente
93	¿La entidad prioriza los recursos sobre aquellos riesgos de salud de su población de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la Institución?	SI	Manual de seguridad paciente

c. Controles

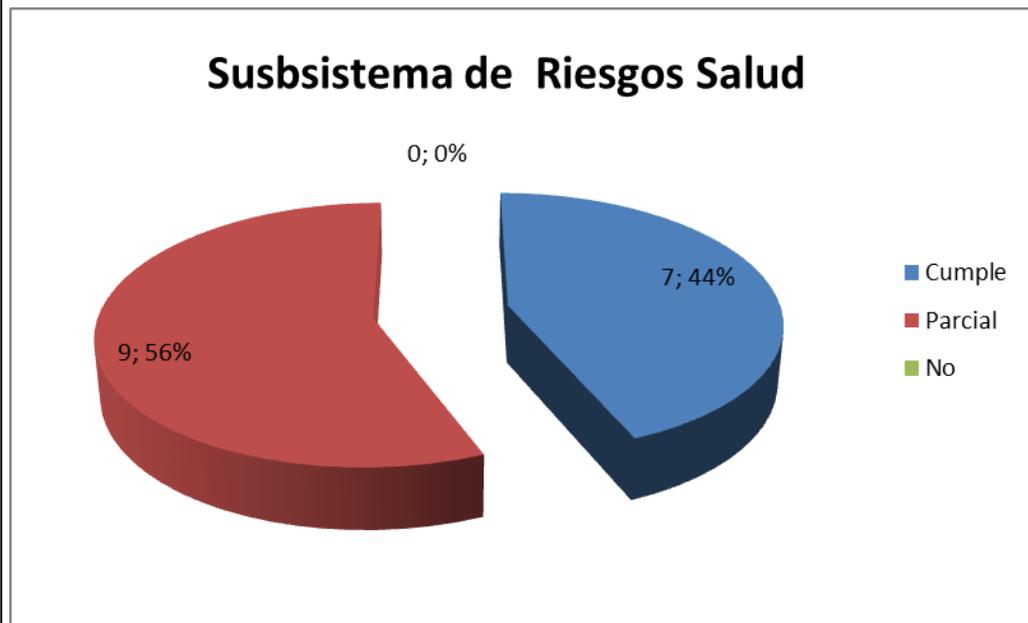
94	¿La entidad cuenta con el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de programas, planes o procedimientos para el tratamiento de los riesgos en salud identificados?	PARCIAL	Programa de seguridad paciente
95	¿La entidad monitorea las metas establecidas (acorde con los límites de aceptación y tolerancia), a través de indicadores de gestión permitiéndole evidenciar el nivel de riesgo en salud alcanzado?	SI	Reporte de indicadores de calidad ... indicadores del plan de acción
96	¿La entidad ha implementado jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones?	SI	1: Protocolos de enfermería / adherencias socializaciones, 2: Guías de maternidad / adherencias socializaciones.
97	¿La entidad cuenta con el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados?	PARCIAL	Procesos y procedimientos: 1: https://hrplopez.gov.co/sitio/index.php/es/informes/reportes-de-control-interno/217-programas-y-planes-de-auditoria 2: https://hrplopez.gov.co/sitio/index.php/es/informes/reportes-de-control-interno/216-informes-de-auditoria-internas 3: https://hrplopez.gov.co/sitio/index.php/es/informes/reportes-de-control-interno IPS 32 HABILITACIÓN
98	¿La entidad utiliza modelos de contratación y mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad?	PARCIAL	Manual de contratación / Estatutos de contratación / resolución 0228

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida</p> <p>NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 20 de 38

99	¿La entidad tiene definidos los planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la organización; estos deben generar acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados?	SI	Programa seguridad paciente
100	¿ La entidad vigila periódicamente las cifras inusuales, especialmente las bajas (frente a la frecuencia usual), para descartar subregistro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad?	SI	Informes estadísticos

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos Salud cumple en un 44 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 56% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 0% de los requerimientos.



3.4 SUBSISTEMA DE RIESGO SARO

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 21 de 38

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERATIVO

CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

Cumplimiento

a. Identificación del Riesgo

101	¿La entidad cuenta con la documentación (flujogramas y caracterizaciones) de todos los procesos de la entidad, como mínimo de los siguientes procesos: atención ambulatoria, atención hospitalaria y quirúrgica, atención de urgencias, atención de apoyo diagnóstico y terapéutico, referencia y contrarreferencia, sistemas de información en salud, calidad, gestión del talento humano, gestión financiera, gestión administrativa y legal?	PARCIAL	La ESE cuenta con mapa de procesos actualizados, manuales, guías y procedimientos, pero se deben definir las caracterizaciones e incluirles flujogramas.
102	¿La entidad cuenta con la identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos?	SI	Se encuentran definidos en la Matriz de riesgos en proceso de revisión y aprobación.
103	¿La entidad cuenta con un listado de procesos jurídicos en los que se encuentre involucrada como demandada y/o como demandante?	SI	Matriz Procesos Jurídicos
104	¿La entidad ha determinado las potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados?	SI	Matriz procesos jurídicos , notas de posibles pérdidas por cartera y demás contabilidad
105	¿La entidad cuenta con la matriz de riesgos inherente y residual para nuevos procesos o para la modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros?	SI	Matriz de riesgos aprobada.
106	¿La entidad cuenta con el registro de eventos de riesgo operacional que contenga como mínimo: referencia, área o dependencia, proceso, fecha de descubrimiento, fecha de inicio, fecha de finalización, descripción del evento, producto-servicio afectado, clase de evento, tipo de pérdida, divisa, cuantía, cuantía total recuperada, cuantía recuperada por seguros, cuentas del plan de cuentas afectadas, fecha de contabilización, datos del registro?	SI	Matriz procesos jurídicos

b. Medición y Evaluación del Riesgo

107	¿La entidad cuenta con una metodología implementada para mejorar la medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos identificados acorde con los eventos de riesgo operacional materializados?	SI	Resolución del cálculo de la provisión judicial
108	¿La entidad cuenta con un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva, que adopte mínimo los siguientes elementos: identificación de eventos que pueden afectar la operación, actividades por realizar cuando se	NO	No se cuenta con plan de continuidad en la ESE.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 22 de 38

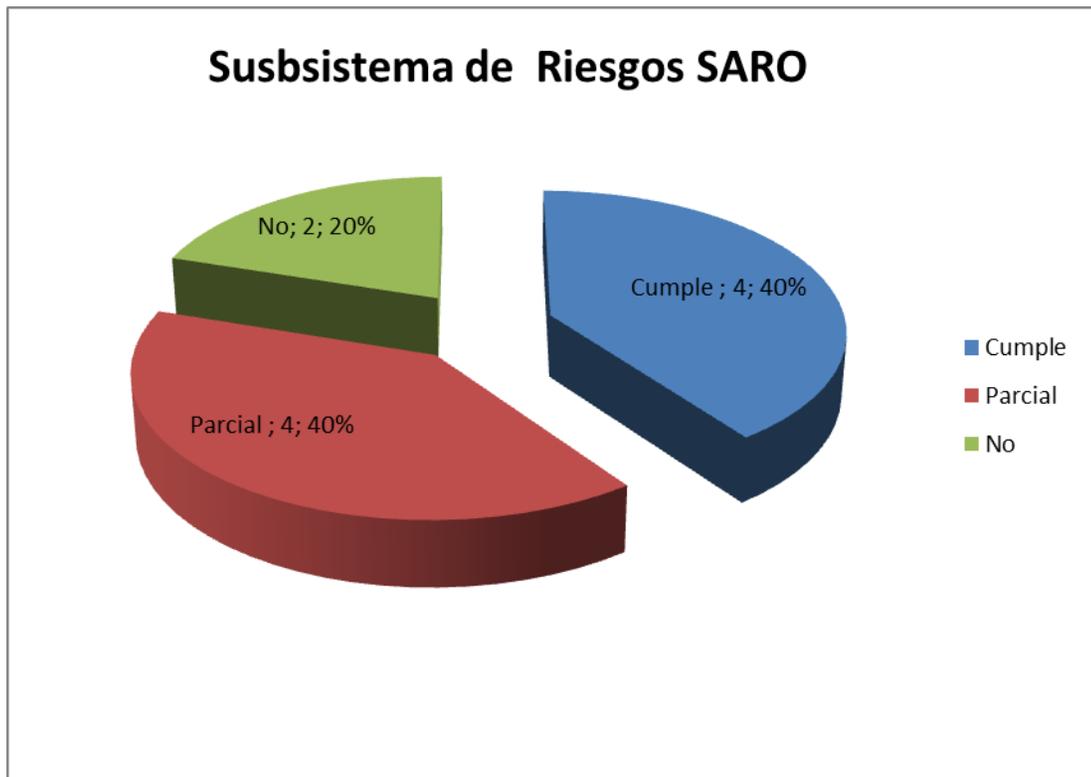
presentan las fallas, alternativas de operación y proceso de retorno a la actividad normal?

c. Controles del Riesgo

109	¿La entidad ha diseñado e implementado controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos?	SI	Matriz de riesgos aprobada y proceso de revisión para su actualización.
110	¿La entidad ha incorporado los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos?	NO	

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos SARO cumple en un 40 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 40% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 20% de los requerimientos.



SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ

CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

a. Identificación del Riesgo

Evidencias/Observaciones

118	¿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)?	SI	Análisis indicador IPS09 monto acumulado
119	¿La entidad tiene identificados los recursos y plazos de recuperación de cartera?	SI	Actas de Acuerdos de pago de cartera 2024
120	¿La entidad tiene identificados los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud?	SI	Resultado del ejercicio del indicador Utilidad o pérdidas acumuladas del período
121	¿La entidad tiene identificado cualquier otra entrada futura de efectivo que espere recibir?	SI	
122	¿La entidad tiene identificadas y caracterizadas las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos, dispositivos médicos o equipo biomédico, salarios, gastos operativos y administrativos, entre otros)?	SI	
123	¿La entidad tiene identificadas y caracterizados el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación?	SI	Balance de prueba con corte a 30 de junio y balance de prueba por tercero con corte a 30 de junio
124	¿La entidad tiene identificadas y caracterizadas las salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto que espera entregar?	SI	

b. Evaluación y Medición

125	¿La entidad cuenta con una metodología o técnica aplicada para la proyección de flujos de caja con el fin de establecer las necesidades de liquidez, posición neta de liquidez y margen de liquidez?	SI	Análisis del mes de junio FT018 datos para el cálculo de liquidez
126	¿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?	SI	Análisis del mes de junio FT018 datos para el cálculo de liquidez
127	¿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?	SI	Se reporta el Archivo FT018 - "Datos para el cálculo del riesgo de liquidez"

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

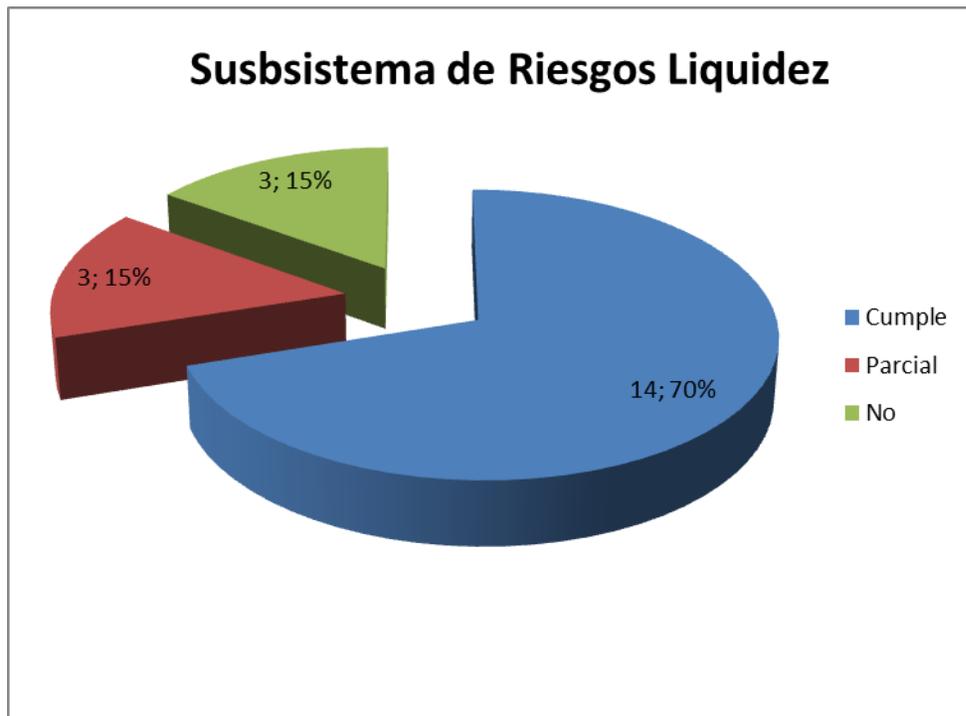
HOJA Página 24 de 38

c. Tramamiento y Controles

128	¿La entidad ha implementado controles que guardan relación con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada, están aprobados y son de conocimiento verificable por la Junta Directiva o quien haga sus veces?	SI	Manual de Políticas Contables
129	¿La entidad cuenta con un SARL que permite realizar seguimiento continuo de la exposición a este riesgo mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez con el fin de realizar los controles adecuados para evitar la materialización de este riesgo?	SI	Matriz de riesgo aprobado y en proceso de revisión y actualización.
130	¿La entidad ha establecido las medidas que se adoptarán frente a la materialización del riesgo de liquidez?	NO	
131	¿La entidad cuenta con los reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe los resultados de las estrategias adoptadas e incluyen el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo?	NO	Análisis indicador IPS10 ROTACION DE CXC y Cuadro anexo IPS10 corte de 30 de junio
132	¿La entidad ha establecido límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés?	PARCIAL	Análisis del mes de junio FT018 datos para el calculo de liquidez
133	¿La entidad cuenta con modelos que incorporan escenarios de stress y back testing como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores?	NO	
134	¿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?	SI	Ejecución mensual de gastos a 30 de junio, ejecución mensual de ingresos a 30 de junio
135	¿La entidad cuenta con un registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad?	SI	resultado del ejercicio del indicador Utilidad o pérdidas acumuladas del período
136	¿La entidad ha implementado procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores?	SI	Análisis indicador IPS09 Monto acumulado
137	¿La entidad cuenta con un sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores y la trazabilidad de las mismas?	PARCIAL	Se realiza la radicación de factura por parte de los proveedores pero no se cuenta con soportes de un sistema en línea de radicación por parte de proveedores y trazabilidad de las mismas.

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos de liquidez cumple en un 70 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 15% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 15% de los requerimientos.



SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones

CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS		Cumplimiento	Evidencias
a. Identificación del Riesgo			
138	¿La entidad tiene identificados los activos expuestos al riesgo de crédito (como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros)?	SI	Análisis de indicador IPS10 ROTACION DE CARTERA y cálculo de rotación de cuentas por pagar
b. Evaluación y Medición			

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 26 de 38

139	¿La entidad cuenta con un procedimiento para la evaluación de la probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un período de tiempo de 12 meses?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro
140	¿La entidad ha categorizado cada tipo de activo de acuerdo con la calidad del deudor/contraparte, con el fin de orientar posteriormente la asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización?	SI	Análisis de indicador IPS10 ROTACION DE CARTERA, y cuadro anexo IPS10 con corte 30 de junio
141	¿La entidad cuenta con un procedimiento para la estimación de la pérdida esperada en que podría incurrirse en caso de materializarse el incumplimiento de sus contrapartes?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro
142	¿La entidad cuenta con un procedimiento para ejecutar análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro
143	¿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?	NO	No se cuenta con evidencias de estos análisis.
144	¿La entidad cuenta con un procedimiento para clasificación de seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitidas por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo como para el emisor?	NO	
145	¿La entidad ha asignado factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro y cuadro anexo IPS10 con corte 30 de junio
c. Tratamiento y Controles			
146	¿La entidad ha implementado políticas para la fijación de niveles y límites de exposición de los créditos totales, individuales y por portafolio de inversión?	NO	
147	¿La entidad ha implementado políticas para la fijación de porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad?	NO	

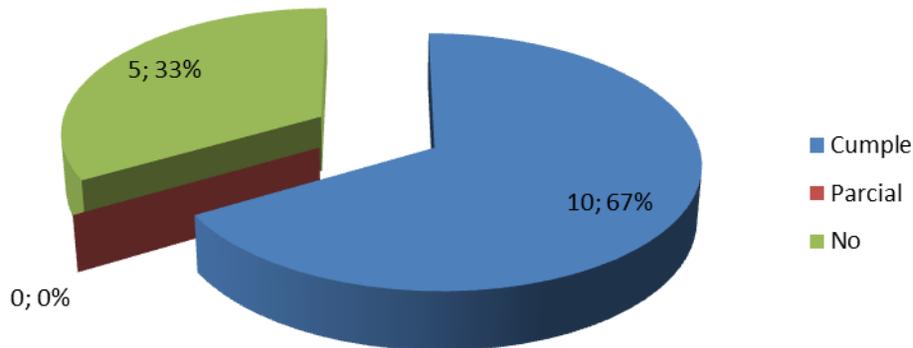
 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009	
		VERSIÓN	001	
			FECHA	06/02/2023
		Proceso: Gestión de Control Interno	HOJA	Página 27 de 38

148	¿La entidad ha implementado políticas de cubrimiento al riesgo de crédito por medio de provisiones o deterioro de los activos generales e individuales?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro y cuadro anexo IPS10 con corte 30 de junio, y CTRP Comprobante contable
149	¿La entidad ha implementado políticas y procedimientos que le permita tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos y minimizar las posibles pérdidas?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro y cuadro anexo IPS10 con corte 30 de junio
150	¿La entidad cuenta con la estimación del capital expuesto al riesgo de crédito (nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas) a través de metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas?	NO	
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			
151	¿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?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro y cuadro anexo IPS10 con corte 30 de junio, y CTRP Comprobante contable
152	¿La entidad tiene definidos procedimientos específicos de seguimiento, cobranza de las deudas y para el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento?	SI	Adopción de manual de cartera y deterioro y cuadro anexo IPS10 con corte 30 de junio
153	¿La entidad cuenta con estrategias de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES o ante las Entidades Territoriales según sea el caso?	SI	Se cuenta con actas de conciliaciones de glosas y cronograma de conciliaciones
154	¿La entidad cuenta con bases históricas mínimo de 3 años para el diseño del modelo para la administración del riesgo de crédito o ha diseñado un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación?	SI	Proyección de modelo de sostenibilidad financiera y resultado modelo de proyección.

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos de crédito cumple en un 67 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 0% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 33% de los requerimientos.

Susbsistema de Riesgos Credito



SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL			
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS			
a. Identificación del Riesgo			
166	¿La entidad realiza caracterización de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta el contexto geográfico y los aspectos demográficos?	SI	Se cuenta con caracterización de la población por cada EAPB.
167	¿La entidad realiza caracterización de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta la situación de morbi-mortalidad?	PARCIAL	perfil epidemiológico
168	¿La entidad cuenta con métodos que le permitan identificar posibles incrementos en los costos de	SI	Sistema de costos

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO	GCI-FR-009
VERSIÓN	001
FECHA	06/02/2023
HOJA	Página 29 de 38

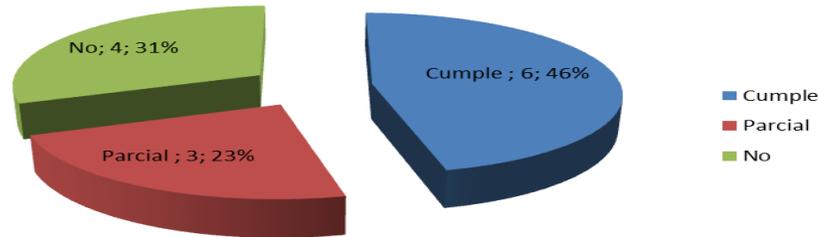
Proceso: Gestión de Control Interno

	insumos y medicamentos, entre otros?		
169	¿La entidad analiza el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo de la entidad?	SI	Informes mensuales Sistema de costos
b. Evaluación y Medición			
170	¿La entidad cuenta con modelos cuantitativos que contemplen las pérdidas esperadas a las que se encuentra expuesta la entidad?	SI	Informes mensuales Sistema de costos
171	¿La entidad cuenta con modelos cuantitativos que contemple acciones ante pérdidas inesperadas a las que se encuentra expuesta la entidad?	PARCIAL	Sistema de información - cartera y costos
172	¿La entidad cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en el contexto geográfico, demográfico y social?	NO	
173	¿La entidad cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en los índices de morbi-mortalidad?	PARCIAL	Indicadores estadísticos Dinámica Gerencial.
174	¿La entidad anticipa incrementos en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos?	SI	Oficina mercadeo, matriz de costos
c. Controles			
175	¿La entidad cuenta con controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo?	PARCIAL	Se encuentra definido en la matriz de riesgos en proceso de aprobación.
176	¿La entidad cuenta con las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector?	NO	
177	¿La entidad realiza y documenta pruebas de stress-testing?	NO	
178	¿La entidad realiza y documenta pruebas de back-testing?	NO	

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos de Actuarial cumple en un 46 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 23% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 31% de los requerimientos.

Susistema de Riesgos Actuarial



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

El PTEE es la principal medida de control de los riesgos de soborno, corrupción, opacidad, y fraude, los cuáles hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE			Evidencias/Observaciones
179	¿La entidad ha decidido adoptar la matriz de riesgo de soborno?	NO	No se cuenta con matriz de riesgos de soborno adoptada en la ESE.
180	¿La entidad ha decidido adoptar un código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia?	SI	Código de ética creado, adoptado en el código de ética y buen Gobierno.
181	¿La entidad ha decidido definir pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
182	¿La entidad ha decidido definir pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
183	¿La entidad ha decidido establecer procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión de ética institucional?	NO	

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 31 de 38

184	¿La entidad cuenta con el PTEE aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces?	SI	El Programa de transparencia y ética empresarial se encuentra definido en el manual del SIGR y aprobado mediante resolución 295 de 2023.
185	¿La entidad ha asumido el compromiso dirigido a la prevención del riesgo de soborno, así como de cualquier otra práctica corrupta, de forma tal que la entidad pueda llevar a cabo sus actividades de manera ética, transparente y honesta?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
186	¿La entidad ha determinado las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
187	¿La entidad ha decidido establecer una estrategia de comunicación para garantizar la divulgación del PTEE entre los empleados, asociados, contratistas y la ciudadanía en general?	PARCIAL	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
188	¿La entidad ha delegado en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PTEE?	SI	Se cuenta definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
189	¿La entidad ha determinado de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
190	¿La persona encargada de la administración del PTEE ha presentado la propuesta del Programa de Transparencia y Ética Empresarial con el Representante Legal, para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
191	¿La persona encargada de la administración del PTEE ha gestionado la articulación entre el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con las políticas de riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces?	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.
192	¿La persona encargada de la administración del PTEE ha gestionado algún canal que permita que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura,	SI	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

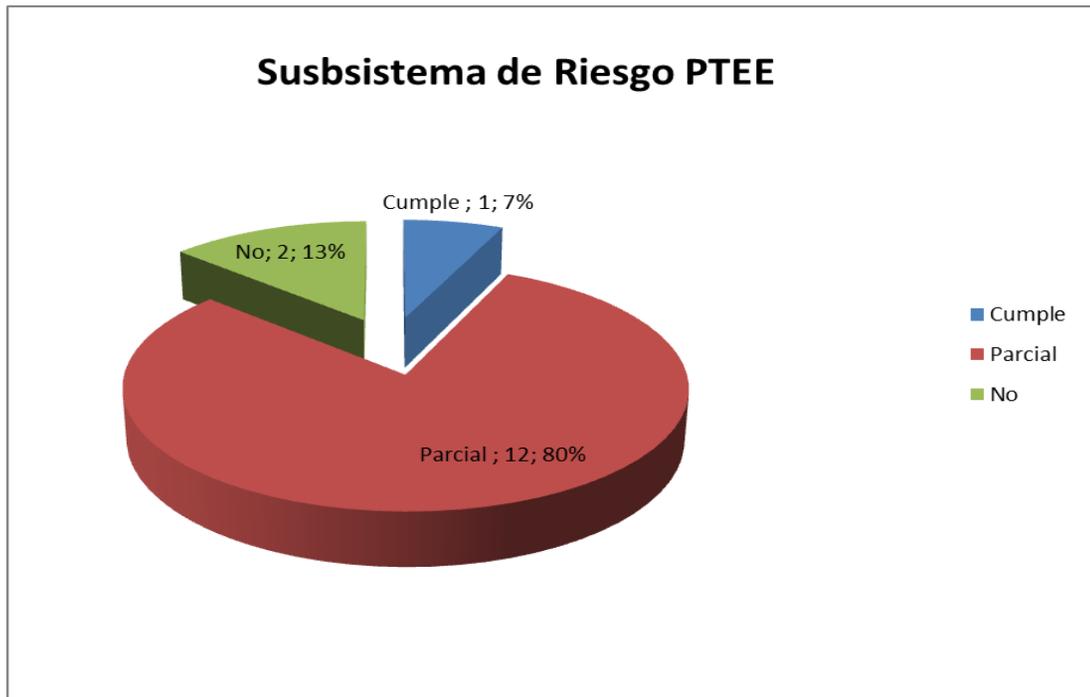
CÓDIGO	GCI-FR-009
VERSIÓN	001
FECHA	06/02/2023
HOJA	Página 32 de 38

Proceso: Gestión de Control Interno

	acerca de presuntos incumplimientos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno?		del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023..
193	¿La persona encargada de la administración del PTEE ha avanzado en el diseño de programas internos de capacitación sobre el PTEE?	PARCIAL	Se encuentra definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR y se encuentra aprobado mediante resolución 295 de 2023.

CONCLUSIONES

El subsistema de Riesgos PTEE cumple en un 7 % de los ítems estipulados en el formulario de autodiagnósticos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el 80% tiene un cumplimiento parcial y no cumple con un 13% de los requerimientos.



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 33 de 38

OBSERVACIONES GENERAL DEL SISTEMA DE RIESGOS

- La política de administración del riesgo se encuentra aprobada En el manual SIGR mediante resolución 240 de 2022, la misma fue actualizada en la vigencia 2023 mediante resolución No. 295 de 2023, según la nueva metodología de administración del riesgo V.6 y de acuerdo a la circular 20211700000004-5 del 2021 y la 2022151000000053-5 de 2022 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se evidencia que en el Manual del sistema de riesgos se estableció las metodologías y/o técnicas para la identificación y medición de los riesgos identificados.
- Se evidencia ESE se cuenta con los indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos establecidos en el mapa de riesgos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación, los mismo deben redefinirse y medirse y plantear indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de riesgos de la ESE.
- Se evidencia que no se cuenta con Plan de contingencia establecido en la ESE.
- Se evidencia que se realizan reportes al comité de control interno sobre el monitoreo de los riesgos de corrupción, y se realiza monitoreo a la matriz de riesgos con todos los subsistemas de riesgos por parte de la segunda línea de defensa y control interno y se reporta al comité de control interno y alta gerencia.
- A corte de 30 de Junio la ESE, no cuenta con los procesos y procedimientos diseñados e implementados para las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, instrumentando así la Política de Gestión de Riesgos.
- La ESE solo cuenta con los documentos y registros que contengan las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos para los subsistemas de SARLAFT y SICOF, se deben establecer para cada uno de los subsistemas de riesgos.
- La ESE no cuenta con los procesos y procedimientos que deben contener claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.
- Se cuenta con un mapa de riesgos general para el sistema de riesgos de la ESE y el mismo se encuentra aprobado por la alta dirección comité de Riesgos y actualmente se encuentra en proceso de revisión y actualización del mapa de riesgos.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 34 de 38

- Para la vigencia evaluada de enero-Junio 2024 aún no se cuenta con informes por parte del revisor fiscal, oficial de cumplimiento y representante legal sobre el estado del SIGR

OBSERVACIONES SUBSISTEMA SARLAFT

- Se cuenta Formulario Sarlaft estandarizado mediante código GE-FR-018 y en implementación
- No se cuenta con Procesos y procedimientos definidos para el subsistema de riesgos SARLAFT.
- A la fecha de corte del seguimiento no se cuenta con informe de pronunciamiento por parte de la junta directiva o quien haga sus veces.
- El oficial de cumplimiento no cuenta con el curso e-learning UIAF o Especialización en Gestión de Riesgos en general o Certificar 4 años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.
- En la fecha de reporte de enero-Junio 2024 no se cuenta con informe por parte de la revisoría fiscal sobre el sistema de riesgos.

OBSERVACIONES SUBSISTEMA SICOF

- La ESE cuenta con los controles definidos para mitigar los riesgos de COF incluyendo la descripción de cómo se debe ejecutar, responsables de ejecución, frecuencia y/o plazo de aplicación, propósito del control, pero el mismo se encuentra en actualización para incluir la instrucción a seguir en caso de desviaciones, evidencias y naturaleza (preventivo, detectivo, correctivo)
- La ESE genera un reporte Cuatrimestral con la gestión de los riesgos de COF y su perfil de riesgos
- La ESE tiene identificados y segmentados los Factores de Riesgo a los que se ve expuesta en la matriz de riesgos actualizada pero la misma debe integrarse en la matriz de riesgos institucional.
- La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó el Manual del Sistema de riesgos pero se deben crear de Procedimientos de prevención de la COF.
- La ESE se encuentra en construcción de los procedimientos y metodologías (identificar, medir, controlar y monitorear) de los riesgos de COF y aquellos para implementar y mantener el registro de eventos CO y los procedimientos que deben implementar los entes de control.
- La ESE tiene diseñado un sistema de reportes internos en el manual de riesgos V.3 aprobado Mediante resolución No.295 de 2023, para su implementación.
- La ESE tiene diseñado un sistema de reportes externos en el manual de riesgos V.3 aprobado Mediante resolución No.295 de 2023, para su implementación.
- La ESE cuenta con canales de comunicación especiales para la recepción de denuncias como: Líneas telefónicas, correos electrónicos, Link el sitio web, entre otros, y se tiene definido en el manual de riesgos.
- A la fecha de corte no se evidencia informe de pronunciamiento por parte del agente especial interventor, con respecto a lo informado por parte del oficial de cumplimiento.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 35 de 38

OBERVACIONES SUBSISTEMA DE RIESGOS EN SALUD

- La ESE cuenta con portafolio de servicios y , la caracterización de la población por EAPB , pero no se evidencia la caracterización de la entidad y el análisis en esta la capacidad instalada, el talento humano, la capacidad de producción, las modalidades de atención, las modalidades de contratación, los grupos de riesgo (población potencial de los servicios), la población asignada por las diferentes Empresas Responsable de Pago y la gestión clínica con enfoque diferencial, así como con la caracterización de la demanda de servicios teniendo en cuenta el enfoque diferencial género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros.
- La ESE tiene un cumplimiento parcial en la caracterización de riesgos en salud en cada uno de los servicios habilitados en la entidad y su respectiva estrategia de prevención basada en el diagnóstico de los eventos adversos prevenibles ocurridos, la identificación de los procesos asistenciales de mayor riesgo de acuerdo con lo descrito en la literatura, la revisión de estadísticas propias y estudios realizados por terceros, la valoración del proceso de búsqueda activa y la eficiente implementación de la Política de Seguridad del Paciente y la identificación de alertas para medir la frecuencia de los eventos adversos.
- La entidad cuenta con análisis parcial de la situación en salud de la población objeto de la IPS o afiliada a cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con las cuales tienen una relación contractual.
- La ESE debe implementar en el sistema de costos una metodología y/o técnica que le permita establecer los costos en términos de sobrecosto asistencial (rechazo o glosa), estancias hospitalarias prolongadas, riesgo jurídico o sus posibles combinaciones.
- La ESE ha definido en su Manual de seguridad paciente los límites de tolerancia para establecer metas de control o mitigación en el sistema de gestión de riesgo en salud, se debe articular como el Manual del sistema integral de riesgos.
- La ESE cuenta con el diseño, implementación, evaluación y seguimiento del Programa de seguridad paciente para el tratamiento de los riesgos en salud identificados y fueron identificados en la matriz en proceso de actualización, pero los mismos se deben articular con el sistema de gestión de riesgos.
- La ESE cuenta con el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados, pero el mismo debe reforzarse en cuanto al seguimiento de los procesos y procedimientos asistenciales por parte de auditorías internas del área de calidad.
- La ESE cuenta con Manual de contratación Estatutos de contratación / resolución 0228 y los contratos donde se definen los mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, pero el mismo debe estar articulado con el Modelo de Atención en Salud aprobado en la ESE.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-009

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 36 de 38

OBERVACIONES SUBSISTEMA DE RIESGOS SARO

- La ESE cuenta con mapa de procesos actualizados, manuales, guías y procedimientos, pero se deben definir las caracterizaciones e incluirles flujogramas.
- Los riesgos SARO se encuentran definidos en la Matriz de riesgos en proceso.
- La ESE cuenta con la matriz de riesgos inherente y residual para nuevos procesos o para la modificación de cualquier proceso.
- La ESE No cuenta con un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva, que adopte mínimo los siguientes elementos: identificación de eventos que pueden afectar la operación, actividades por realizar cuando se presentan las fallas, alternativas de operación y proceso de retorno a la actividad normal.
- La ESE ha diseñado controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos en el mapa de riesgos aprobado en la ESE.
- La ESE no ha incorporado los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos.

OBERVACIONES RIESGO MERCADO

- La ESE no 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 ESE no cuenta con un procedimiento para clasificación de seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitidas por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo como para el emisor.
- La ESE no ha implementado políticas para la fijación de niveles y límites de exposición de los créditos totales, individuales y por portafolio de inversión.
- La ESE no ha implementado políticas para la fijación de porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.
- La ESE no cuenta con la estimación del capital expuesto al riesgo de crédito (nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas) a través de metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas.

INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA

CÓDIGO	GCI-FR-009
VERSIÓN	001
FECHA	06/02/2023
HOJA	Página 37 de 38

Proceso: Gestión de Control Interno

OBERVACIONES RIESGO LIQUIDEZ

- La ESE No tiene identificado cualquier otra entrada futura de efectivo que espere recibir.
- La ESE No tiene identificadas y caracterizadas las salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto que espera entregar.
- La entidad cuenta parcialmente con un SARL que permite realizar seguimiento continuo de la exposición a este riesgo mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez con el fin de realizar los controles adecuados para evitar la materialización de este riesgo.
- La entidad ha establecido parcialmente límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés
- La ESE no cuenta con modelos que incorporan escenarios de stress y back testing como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores.
- En la ESE se realiza la radicación de factura por parte de los proveedores pero no se cuenta con soportes de un sistema en línea de radicación por parte de proveedores y trazabilidad de las mismas.

OBERVACIONES RIESGO ACTUARIAL

- La ESE no cuenta con una caracterización de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta la situación de morbi-mortalidad de acuerdo a lo establecido en el perfil epidemiológico.
- La ESE cuenta Parcialmente con modelos cuantitativos que contemple acciones ante pérdidas inesperadas a las que se encuentra expuesta la entidad .
- La ESE no cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en el contexto geográfico, demográfico y social.
- La ESE cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en los índices de morbi-mortalidad.
- La ESE no cuenta con las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
- La ESE no realiza y documenta pruebas de stress-testing.
- La ESE no realiza y documenta pruebas de back-testing.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-009
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 38 de 38

OBERVACIONES RIESGO PTEE

- La ESE no ha decidido adoptar la matriz de riesgo de soborno.
- La ESE no ha decidido establecer procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión de ética institucional.
- La ESE tiene definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SIGR V.3 aprobado Mediante resolución No.295 de 2023, el cual fue socializado en el I semestre para su implementación.

RECOMENDACIONES

- Continuar con las capacitaciones a todo el personal de la ESE el manual de Gestión integral de riesgos aprobado mediante resolución No.295 de 2023 y con las establecidas en el plan de capacitaciones de la ESE aprobado para la vigencia 2024.
- Continuar con la revisión y actualización de los riesgos de cada uno de los subsistemas para la vigencia evaluada.
- Fortalecer el seguimiento por parte de los líderes, debido a que la fecha se realiza conjuntamente planeación y verificación de controles por control interno en el mapa de riesgos institucional aprobado.
- Presentar informes al agente especial interventor sobre el estado del SIRG de acuerdo a lo definido en la circular externa 20211700000005-5 de 2021, por parte del revisor fiscal, oficial de cumplimiento y el pronunciamiento por parte del agente especial interventor al respecto.
- Crear, aprobar, socializar e implementar los procedimientos y guías para la gestión del riesgo de cada uno de los subsistemas en la ESE.2023
- Realizar plan de mejoramiento con las recomendaciones generales y específicas para cada uno de los subsistemas de riesgos y darle cumplimiento para lograr avances en la implementación del sistema integral de riesgos en la ESE.
- Formular y aprobar el plan de acción solicitado por control interno de acuerdo a los resultados y autodiagnóstico generadas por la Superintendencia Nacional de salud para seguimiento y lograr avances en el sistema de riesgos de la ESE.
- Realizar la revisión, actualización de cada uno de los riesgos de acuerdo a la evaluación de los controles y recomendaciones de los controles por control interno la cual se anexa a este informe.

NOMBRE DE QUIEN ELABORO	CARGO	FIRMA
MARIA ANDREA DAZA	ASESORA DE CONTROL INTERNO	