

Fecha de elaboración:

03/11/2023

Auditoría Interna No.

4

LIDER DE ROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO

PROGRAMA DE PTEE Y SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

1. OBJETIVO

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

2. ALCANCE

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

3. CRITERIOS

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

4. EQUIPO AUDITOR

Yenny Carolina Suárez	Líder de Auditoria / Asesora Control Interno
Geraldine Real Lozano	Auditor/ Profesional de Apoyo Control Interno

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	23	Mes	10	Año	2023	Desde	23/10/23 D / M / A	Hasta	31/10/23 D / M / A	Día	03	Mes	11	Año	2023

5. INFORME DE VERIFICACION (RESUMEN EJECUTIVO)

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

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

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

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

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

Contenido

6. DESARROLLO	4
6.1 Lineamientos Generales	4
6.2 Lineamientos específicos del Programa de Transparencia y ética empresarial PTEE	6
6.3 Lineamientos específicos del subsistema de Administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FPADM.....	8
6.4 Lineamientos específicos de subsistema de administración de riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF.....	11
6.5 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo operativo	12
6.6 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud	13
6.7 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez.....	13
6.8 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito	14
6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial.....	14
6.10 Comité de administración y gestión del riesgo.....	14

6. DESARROLLO

6.1 Lineamientos Generales

La institución cuenta con Matriz de riesgos de procesos tales como: ambiental, cirugía, docencia, almacén, gestión documental, hospitalización, jurídica, planeación, SIAU, Urgencias. Los cuales se ubican en la IP 4 [\\192.168.1.4\\lideres-sig\2. PLANEACION\2023\MAPAS DE RIESGO 2023](#)

Se evidencia información documentada. Se recomienda realizar una matriz integrada.

La entidad cuenta con Análisis de contexto a través de una DOFA a la cual no se ha realizado revisión o actualización en el último año.

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

- **ACUERDO 007 DE SEPTIEMBRE DE 2023:** Aprobar el Programa de Transparencia y ética empresarial del Hospital del Sarare ESE (THS-00-R07) el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 Lineamientos Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Se designa a un Profesional Universitario de Talento Humano como oficial de Cumplimiento quien administrará el Programa de Transparencia y ética empresarial del Hospital del Sarare ESE. Aprobar la Actualización del Manual de Código de Conducta y buen Gobierno (DIR-00-M04) el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 007 de 2017. Instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno, la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 - Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos –IPS (ver anexo).
- **ACUERDO 008 DE SEPTIEMBRE DE 2023:** Aprobar la Actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, procedimientos, mecanismos y metodología para la administración integral de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de los SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF), SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/ FPADM) y EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO) el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 009 del

2016 por el cual se imparten instrucciones relativas al sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT), Circular externa 20211700000005-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 por el cual se da instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas. Se reafirma la designación del Subgerente Administrativo y financiera como Oficial de cumplimiento de SARLAFT /FPADM definida mediante Acuerdo No 15 del 2018 y se designa como suplente a Profesional especializado – Contabilidad. Se designa a Profesional Universitario -Tesorería como Oficial de cumplimiento de SICOF y como suplente el Técnico y presupuesto. Aprobar la Actualización del Manual para la Administración del Riesgo (PLA-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, mecanismos y metodología para la administración integra de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de la GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD, GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL, GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 por el cual se da instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas.

- **RESOLUCION 141 COMITE DE RIESGOS DEL 2023:** Crear el comité de Gestión Integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE, El Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la Política y Estrategia de la Gestión de riesgo del Hospital del Sarare ESE.
- **RESOLUCION 187 DEL 2022 POLITICA-DE-RIESGOS:** Por la cual se actualiza la política de administración del riesgo del Hospital del Sarare ESE, El Hospital del Sarare ESE consciente de la existencia de situaciones de riesgo que afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales se compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo a la metodología definida, priorizando aquellos que impiden el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de la entidad y aquellos que ponen en riesgo la estabilidad financiera de la Entidad.

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

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

- Herramienta para la gestión del riesgo
- Monitoreo y revisión

De ciclo general del riesgo expone las siguientes fases:

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

La entidad realizó dos eventos:

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

No se evidenció:

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, ni indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad, ni planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos que presenten desviaciones o que superen los límites previamente establecidos y ausencia de reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas.

RECOMENDACIÓN; finalizar matriz de riesgo, incluyendo riesgo fiscal

6.2 Lineamientos específicos del Programa de Transparencia y ética empresarial PTEE

Se evidenció adopción del código de integridad bajo Resolución:

- **RESOLUCION 153 POLITICA DE INTEGRIDAD DEL 2023:** Crea la política de integridad y se adopta el código de integridad en Hospital del Sarare ESE. **POLÍTICA DE INTEGRIDAD.** La alta Dirección del Hospital del Sarare E.S.E. y sus colaboradores se compromete con promover una gestión pública ética, transparente y responsable, basada en principios de integridad, para prevenir y combatir la corrupción y asegurar el uso eficiente de los recursos públicos, teniendo en cuenta los principios de la ética y valores expuestos en el código de integridad, las reglas y pautas establecidas para fomentar la transparencia en la gestión pública y en los mecanismos establecidos para la prevención y detección de actos de corrupción, creando un estricto cumplimiento con sanciones y consecuencias que den a lugar siendo aplicado por un proceso justo y transparente de investigación generando la cultura de intolerancia a los actos de corrupción en la entidad. **CODIGO DE INTEGRIDAD.** Adóptese e Implementese el Código de Integridad en el Hospital del Sarare E.S.E.

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

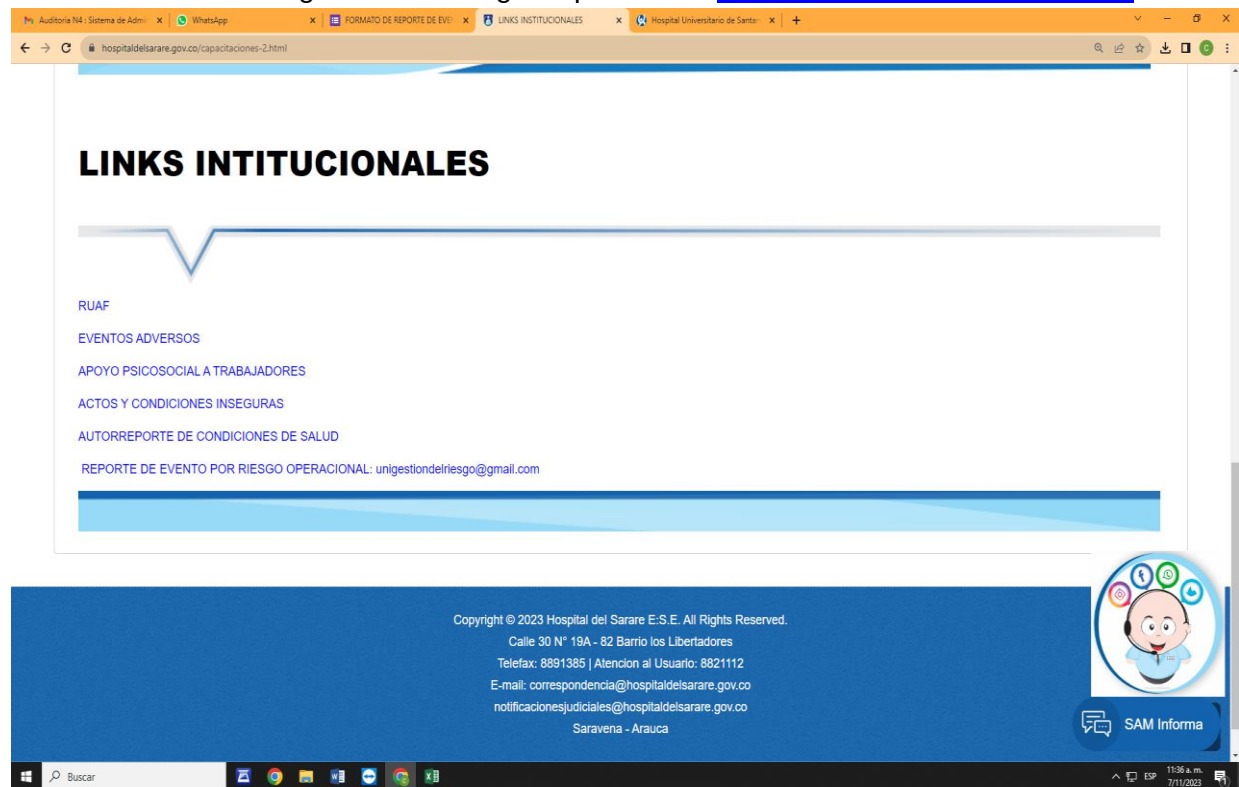
La matriz de riesgo de la Institución no se evidencia integrada con los Riesgos PTEE

Se definió documentalmente una Linea de etica empresarial a través de un correo electrónico y un link de encuesta esta última no se evidenció publicada en la página web de la institución. Se incluyó la temática PTEE en el programa de Capacitación institucional y fue desarrollada en la jornada de Formación continua del segundo semestre 2023 se realizó capacitación en Matriz de riesgos, PTEE, SICOF, SARLAFT el 26, 27 y 28 de Septiembre en el marco del PIC.

En cumplimiento del Manual de administración de Riesgos aprobado mediante acuerdo de Junta Directiva No 08 de septiembre del 2023 se publica el Link formulario de reporte de eventos por riesgo operacional:

<https://forms.gle/XrGhjK3cA1ixbkMr6>

Y el correo unidad de gestión del riesgo dispuesto es unigestiondelriesgo@gmail.com



LINKS INTITUCIONALES

- RUAF
- EVENTOS ADVERSOS
- APOYO PSICOSOCIAL A TRABAJADORES
- ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS
- AUTORREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD
- REPORTE DE EVENTO POR RIESGO OPERACIONAL: unigestiondelriesgo@gmail.com

Copyright © 2023 Hospital del Sarare E.S.E. All Rights Reserved.
Calle 30 N° 19A - 82 Barrio los Libertadores
Telefax: 8891385 | Atención al Usuario: 8821112
E-mail: correspondencia@hospitaldelsarare.gov.co
notificacionesjudiciales@hospitaldelsarare.gov.co
Saravena - Arauca

SAM Informa

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

No se evidenció en la Matriz de riesgo institucional Riesgos de LA/FT/FPAD

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

Parágrafo 1. Se reafirma la designación del Subgerente Administrativo y financiera como Oficial de cumplimiento de SARLAFT /FPADM definida mediante Acuerdo No 15 del 2018 y se designa como suplente a Profesional especializado – Contabilidad.

En el manual definió controles estratégicos, contables, de seguridad de la información, del talento humano, de proveedores, físicos y patrimoniales, Formato esta en transición de la implementación del nuevo. No se evidenció implementación del registro

Se realizó verificación encontrándose la implementación aún del siguiente formato, el cual el propósito de la actualización del manual, es realizar también la actualización de formatos. Aún está en fase de planeación para inicio de la implementación de los nuevos formatos.

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

VERIFICACION DE INFORMACION A PERSONAS NATURALES, JURIDICAS O
EXTRANJERAS SARLAFT

La oficina de jurídica remite información de bienes y/o servicios a contratar, para la verificación de antecedentes ante el Sistema de Administración de Riesgo de lavado de Activos y de la financiación del terrorismo (SARLAFT) de contratista **GIOVANNI ANDRES TOVAR CLAVIJO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía 1052395719 de Duitama.

VICKY MARCELA ZAMBRANO NÚÑEZ
Asesor Jurídico

RESULTADOS

El suscrito Oficial de Cumplimiento del Sistema Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo- SARLAFT, en uso de sus atribuciones legales conferidas,

HACE CONSTAR QUE:

A LA FECHA	10/10/2023	
SI	PRESENTA REPORTES DE OPERACIONES RELACIONADAS CON EL LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.	
NO		

JUAN ALEXIS ARCHILA MANRIQUE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO SARLAFT	FIRMA:
--	--------

Digno	Olga lucia García Figueroa / Auxiliar Administrativo	
Aprobó	Vicky Marcela Zambrano Núñez / Asesor Jurídico	

Fuente: formato actualmente utilizado por oficial de cumplimiento SARLAFT

REGISTRO	IMPLEMENTACIÓN
Décimo segundo: Anualmente todos los empleados vinculados y miembros de los órganos de Gobierno deberán realizar en el “ <i>Formulario de vinculación o actualización – Persona Natural DIR-00-F14</i> ”, la declaración juramentada de <i>Certificación de conflictos de interés, inhabilidades e incompatibilidades DIR-00-F16</i> y de no tener antecedentes que pongan en riesgo a la institución La oficina de Gestión del Riesgo hará custodia de la información. Segundo: La contraparte que desean pertenecer al Hospital del Sarare E.S.E, deberá diligenciar el “ <i>Formulario de vinculación y actualización</i> ”, donde deberá diligenciar completamente los campos consignados y adjuntar la documentación requerida por la institución.	No se ha iniciado
Tercero: Si la contraparte declara que goza de condición de Persona Expuesto Políticamente (PEPs), su vinculación deberá estar en conocimiento y evaluación del representante legal, el jefe inmediato y el oficial de cumplimiento. Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) personas nacionales o extranjeras que, por razón de su cargo, manejan o han manejado recursos públicos o tienen poder de disposición sobre éstos.	No se ha iniciado (Hace parte del DIR-00-F14)
Parágrafo 1: Para los casos en que no se permita alguna modificación a los documentos contractuales para la incorporación de los requisitos de SARLAFT definida se deberá anexar el formato <i>DIR-00-F16 “declaración de prevención del lavado de activos y de la financiación del terrorismo”</i> y deberá ser firmado por el Representante Legal.	No se ha iniciado No se ha iniciado
Noveno. Para clientes que durante el mismo año hicieron varias transacciones en efectivo iguales o superiores al monto definido por la normatividad para la debida diligencia ampliada y que ya habían diligenciado el “ <i>Formulario de vinculación y actualización de personas naturales y jurídicos - Múltiples transacciones/año DIR-00-F17</i> ”, deberán diligenciar otro formulario más simplificado para dichos pagos.	No se ha iniciado

REVISOR FISCAL

%	CUMPLE	EVIDENCIA
---	--------	-----------

Se realizó la revisión de los soportes de envío de manera aleatoria de los meses de marzo a noviembre de 2023, del reporte en línea de operaciones sospechosas a través de la plataforma SIREL, se evidencia que la entidad realiza los envíos de manera oportuna de acuerdo a las fechas estipuladas para dichos reportes, a través de la plataforma SIREL, realizándose el proceso de manera exitosa. Conservándose la evidencia que corrobora los envíos a la UIAF

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

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

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

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

Se realizó la revisión de los soportes de manera aleatoria de los meses de marzo a noviembre de 2023 de los reportes enviados, se evidencia que la entidad los envía de manera oportuna de acuerdo a la fecha de cumplimiento a través de la plataforma SIREL, realizándose el proceso de manera exitosa y enviando el reporte de ausencia de operaciones sospechosas, como lo muestra la evidencia de la muestra tomada para esta auditoría.

La entidad debe reportar las operaciones individuales en efectivo de una misma persona natural o jurídica, realizadas en un mismo día, que sean iguales o superen (\$5.000.000) cinco millones de pesos y reporte de operaciones múltiples en efectivo de una misma persona natural o jurídica que en conjunto iguale o supere (\$25.000.000) veinticinco millones de pesos, de acuerdo a la Circular 009 de 2016, para entidades prestadoras de servicios de salud vigiladas por la Superintendencia de Salud.

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

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

Se realizó la revisión de los soportes de manera aleatoria de los meses de marzo a noviembre de 2023, de los reportes enviados a la UIAF, evidenciando que el Oficial de Cumplimiento de la entidad envió de manera oportuna los reportes de operaciones sospechosas de proveedores y contratistas procedimientos (CE009), cumpliendo las fechas establecidas a través de la plataforma SIREL, realizándose el proceso de manera exitosa y cumpliendo la obligación respecto a la disminución del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo por parte de la entidad.

RECOMENDACIONES

- Se debe tener especial y riguroso control, sobre las transacciones realizadas por la entidad en efectivo, a través del fondo de caja menor y no omitir el reporte de las transacciones en efectivo individuales que realicen las personas naturales y jurídicas que superen en un día (\$5.000.000) cinco millones de pesos y mixtas del mes anterior, las cuales superen o sean iguales a (\$25.000.000) veinticinco millones de pesos.
- La oficina jurídica es el canalizador del control de las personas naturales o jurídicas que son oferentes o serán contratistas de bienes y servicios, es allí donde debe existir el retén, para la revisión de los riesgos en la plataforma UIAF.
- El área de talento humano representa el mayor número de personas naturales que van a ingresar como empleados de la entidad, son más de 800 personas que rotan como funcionarios que laboran o que se les termina el contrato de trabajo, es por esto que esta dependencia es clave en el control del lavado de activos y financiación del terrorismo. Es la comunicación asertiva con el oficial de cumplimiento y realizar oportunamente la consulta en la plataforma de SIREL.
- Las entidades que realizan donaciones a la entidad, sean nacionales o extranjeras, también deben ser objeto de control, ya que entregan bienes o servicios a título de subvención, por lo tanto, se deben realizar previamente a la recepción de los recursos a entregar, previniendo la entrada de dineros de los que no se conozca su procedencia.
- La venta de servicios de salud a empresas jurídicas o personas naturales que pagan en efectivo o bancarizado, deben ser sujetos de consulta de Sralaft y enviar el reporte a la UIAF, por la plataforma SIREL.

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

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

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

La entidad no ha identificado los factores de riesgo COF por lo cual amerita la necesidad de actualización de la matriz de riesgos.

La entidad no tiene calculado el perfil de riesgo residual, ni ha realizado seguimiento anual.

La entidad no ha definido un perfil de corrupción, opacidad y fraude de la entidad.

No se han presentado informes por parte del Oficial de cumplimiento SICOF ante la Junta Directiva debido a que no se contaba con la designación clara de quien ejercía como Oficial de cumplimiento.

No se evidenció plan de acción del SICOF.

Se realizó en el marco de las Jornadas de formación continuar pero requiere estructurarse de manera organizada en el plan de Comunicaciones de la entidad.

6.5 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo operativo

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

La institución cuenta con Matriz de riesgos de procesos tales como: ambiental, cirugía, docencia, almacén, gestión documental, hospitalización, jurídica, planeación, SIAU, Urgencias. Los cuales se ubican en la IP 4 [\\192.168.1.4\\lideres-sig\2. PLANEACION\2023\MAPAS DE RIESGO 2023](#) Al no contar con una caracterización de subprocesos o procesos difícilmente pueda realizar la identificación de actividades críticas del proceso y sus riesgos. La ausencia de las caracterizaciones genera no claridad en el alcance de cada proceso.

Abogada externa de Defensa jurídica lleva registro de datos de demandante, pretensiones, pero se recomienda que este registro sea custodiado por la entidad y periódicamente actualizado el cual sea de insumo para la entidad para la toma de decisiones y mejoras.

La entidad no ha determinado las potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados, no se realiza una análisis basado en datos.

No se evidencia una matriz de riesgos inherentes y residual para nuevos proceso o modificación. No se evidenció registro de eventos de riesgo operacional, es decir no se realiza la gestión del conocimiento se toman decisiones según el caso sin tener en cuenta un histórico.

No se evidenció implementación de una metodología para mejorar la medición de probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos identificados, no cuenta con un Plan de Continuidad del negocio.

6.6 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud

La entidad no cuenta con caracterización de servicios ofertados, por lo cual no se realiza el análisis de capacidad instalada, capacidad de producción.

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

No se evidenció una caracterización de riesgos en salud, la cual se debe elaborar para cada servicio habilitado con su información en la identificación de momentos o puntos críticos donde se presenta mayor riesgo de evento o incidente adversos.

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

6.7 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez

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

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

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

La entidad reporta, según la periodicidad que le corresponde, el archivo FT018 - "Datos para el cálculo del riesgo de liquidez" que se anexa a la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021:

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

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

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

6.8 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito

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

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

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

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

6.9 Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo actuarial

La entidad cuenta con caracterización de población que incluirá por venta de servicios, esta información corresponde a la entregada por las EAPB y a fuente de información histórica de atención en salud de Dinámica gerencial así como la actualización de datos que se realiza en la facturación o admisión de los usuarios, pero esta no evidencia actualización por lo cual amerita generar estrategias propias de la entidad para la calidad el dato.

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

No se evidencian modelos cuantitativos que contemples pérdidas esperadas y requiere fortalecer la implementación de metodologías de análisis de contexto.

6.10 Comité de administración y gestión del riesgo

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

La periodicidad definida según resolución es una semestralmente, aún no se ha realizado la sesión de comité del segundo semestre del 2023.

6. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES**Lineamientos Generales**

Para la optimización de los recursos y la gestión por procesos se recomienda contar con una matriz de riesgos integradas.

Para la actualización del Análisis de contexto se recomienda realizar la revisión anual con la dirección.

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

Atendiendo los lineamientos de Función pública se requiere incluir en la matriz de riesgos, Riesgo fiscal.

Lineamientos específicos del PTEE

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

Incluir en la matriz de riesgo institucional los riesgos del PTEE.

Lineamientos Subsistema de Administración de riesgos SARLAFT

Continuar con la implementación de los formatos Formulario de vinculación o actualización – Persona Natural DIR-00-F14, declaración de condición de Persona Expuesto Políticamente (PEPs), DIR-00-F16 “declaración de prevención del lavado de activos y de la financiación del terrorismo, Formulario de vinculación y actualización de personas naturales y jurídicos - Múltiples transacciones/año DIR-00-F17, pero se requiere incluir una TRD para dar archivo y custodia a los documentos generados, así como dar custodia a los reportes digitales generados, y establecer los tiempos de retención documental de dichos registros.

Realizar la implementación del formato actualizado en el manual de Administración de Riesgos SARLAFT.

Realizar capacitación para oficial de cumplimiento Suplente SARLAFT.

Lineamientos Subsistema de Administración SICOF

Se requiere realizar la identificación de riesgo COF, se debe calcular el perfil de riesgo residual, el perfil de corrupción, opacidad y fraude de la entidad.

Elaborar el plan de acción para el subsistema SICOF.

Oficial de cumplimiento SICOF realizar informes mínimo uno al año y presentarlos ante la Junta Directiva.

Lineamientos Subsistema Administración de riesgo operativo

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

Implementar la metodología para mejorar la medición de probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos identificados, no cuenta con un Plan de Continuidad del negocio.

Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo en salud

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

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

Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de liquidez

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

Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de crédito

Documentar el 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:

Lineamientos específicos del subsistema de administración del riesgo de actuarial

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

Comité de administración y gestión del riesgo

Dar cumplimiento a la periodicidad de dicho comité, priorizar temas a tratar.

7. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS/

7.1 No conformidades identificadas en la Auditoria interna

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
1	No implementación de los formatos: Formulario de vinculación o actualización – Persona Natural DIR-00-F14, DIR-00-F16 “declaración de prevención del lavado de activos y de la financiación del terrorismo, Formulario de vinculación y actualización de personas naturales y jurídicos - Múltiples transacciones/año DIR-00-F17. Actualmente continúan implementando el formato denominado VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN A PERSONAS NATURALES, JURÍDICAS O EXTRANJERAS SARLAFT, el cual ya sufrió actualizaciones.	Lineamientos definidos en el Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03)

9. CONCLUSIÓN GENERAL

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

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

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

Para constancia se firma Saravena, a los diez días del mes de Noviembre del año 2023.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

Nombre Completo	Cargo	Firma
JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS	Revisor Fiscal	Firma en original
YENNY CAROLINA SUAREZ	Asesora Control Interno	Firma en original
GERALDINE REAL LOZANO	Profesional de Apoyo	Firma en original