

2023

INFORME DE AUDITORÍA

Sistema de Gestión Integral del Riesgo

N° 09

15 de diciembre de 2023

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. Oficina de Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina: William Alberto Higueta Lopera.

Audidores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz

Técnico: Julio E. Suescún Montoya. **Correo Oficina** oficinadeauditoria@hgm.gov.co

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	4
1.1. Objetivo.....	4
1.2. Alcance.....	4
1.3. Metodología.....	4
II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORIA.....	6
2.1 Fortalezas.....	6
2.2 Limitaciones.....	6
2.3 Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	6
III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	12
3.1 Para mejorar el proceso de Gobierno.....	12
3.2 Para mejorar el proceso de Riesgos y control.....	29
IV. CONCLUSIONES.....	85
V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	86
VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	86

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna 2023 **Para agregar Valor**, se presenta el informe de la auditoría realizada al Proceso de Planificación y Consolidación del Sistema Integral de Riesgos del Hospital General de Medellín.

En la presente auditoría interna se aplican los estándares generalmente aceptados de auditoría interna y en la cual se articula el equipo interdisciplinario de Auditoría del HGM, en el marco del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna.¹

El documento se estructura en seis (6) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, alcance, marco de la práctica de auditoría, metodología; en el segundo se enuncia el resumen ejecutivo que contiene las fortalezas, limitaciones y síntesis de observaciones y recomendaciones; en el tercero se relacionan las observaciones y recomendaciones, en el capítulo cuarto se presentan las conclusiones. En el quinto se determina la formulación del Plan de Mejoramiento y en el sexto se enuncia el proceso de comunicación y socialización del Informe.

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2021.

Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

Oficina de Auditoría Interna.

Construimos Confianza

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Atención Excelente y Calidad de Vida.



¹ Plan Estratégico 2021-2027 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna.

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Evaluar y verificar el programa de Gestión de Riesgos en el gobierno, los riesgos y la efectividad de los controles en los componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo.

1.2. Alcance.

La Auditoria se realizará entre el 09 de octubre 2023 y el 20 de diciembre de 2023, en las instalaciones del HGM, en la Oficina de Auditoría interna, y se enfocará en los actividades realizadas desde el 1 de enero al 31 agosto de 2023 de la Gestión integral de Riesgos y de los subsistemas: ambiental, seguridad y salud en el trabajo, SARLAFT, SICOF, seguridad digital, riesgo legal, riesgos liquidez, riesgo de crédito, actuarial, mercado ,riesgo operativo (asistencial y clínico) , incluyendo la revisión del programa institucional de Riesgos con la verificación del cumplimiento de la política de Riesgos, tomando como criterio de auditoria la guía institucional de Riesgos de la Función Pública y toda la documentación sobre Riesgos en el mapa de procesos institucional.

1.3. Metodología.

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoria se aplicaron las siguientes técnicas de auditoría interna: observación, técnica de análisis, indagación, inspección y revisión documental selectiva.

1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.

- Se realizó la reunión de apertura de la auditoría para socializar el Programa Específico de Auditoría Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Se hizo una indagación preliminar con el personal del proceso.
- Se realizó entrevista con el personal involucrado.
- Reunión de cierre para socializar y formalizar el Informe de Auditoría.

1.3.2. Revisión y análisis documental.

- Revisión y análisis de la información.
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de mejoramiento de la auditoría anterior.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.

- Elaboración del Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final de Auditoría.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORIA.

2.1 Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

- De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención de la auditoria, en la aplicación de la técnica de indagación a la administración, se evidencia buen conocimiento tanto del proceso auditado como de las diferentes normas aplicables.
- Se destaca la migración que se está realizando al sistema operativo Hopex de los riesgos de los procesos institucionales.
- Se han realizado 6 Comités de Gestores de Riesgos, los cuales cuentan con sus respectivas actas, y se han asesorado a los líderes de los procesos.
- Se construyó el Manual de Políticas, formato de investigación de eventos, el instructivo de registro de investigación de eventos, y se definió la Metodología de las etapas del SICOF.

2.2 Limitaciones.

Los profesionales y el responsable del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada. La auditoría no registró ninguna limitación.

2.3 Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Auditoría Gestión de Riesgos		
Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	<p>Riesgos Materializados.</p> <p>En el año 2022, se materializaron 38 riesgos de los 39 procesos institucionales, información publicada en el aplicativo de Gestión Transparente de la Contraloría Distrital de Medellín. Durante el año 2023, se realizó seguimiento a las correcciones propuestas por los líderes. Es importante señalar que el diligenciamiento del formato de riesgos materializados queda a discreción de los líderes, lo que sugiere la posibilidad de materialización de riesgos no registrados en la matriz institucional. Al realizar el análisis se desprende que, de los 38 riesgos materializados durante el año</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Implementar las acciones correctivas para los 26 riesgos restantes, a fin de mejorar la efectividad de los controles y prevenir la recurrencia de riesgos en el período actual.

	<p>2022, únicamente se han ejecutado las acciones correctivas para 13 de ellos, lo que equivale al 33% los 25 riesgos restantes están en proceso de implementación. Esta situación plantea un escenario donde la efectividad de los controles puede ser deficiente, resultando en la repetición de riesgos materializados durante el presente período.</p>	
2	<p>Índice de Madurez. ISO 31000-2018 SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO – SGR.</p> <p>El nivel de madurez de la gestión del riesgo es una herramienta utilizada para capturar y evaluar las prácticas de riesgos de la institución y proporcionar la realimentación en forma de una calificación de Madurez de la Gestión de los Riesgos.</p> <p>La metodología de medición de la madurez de la gestión de riesgos para ISO 31.000, para el año 2022 obtuvo un resultado de 4.3, y para el 2023 fue de 4,2, ubicándose en el rango de una medición de madurez Efectiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Capacitar a líderes de riesgos transversales para asesorar en la identificación, definición de controles y seguimiento de acciones, abarcando seguridad digital, ambiental, legal, SARLAFT, seguridad y salud en el trabajo, y comunicaciones. ▫ Madurar y fortalecer el tratamiento de riesgos para los sistemas y subsistemas de la entidad, enfatizando en una documentación exhaustiva del proceso. ▫ Actualizar anualmente el contexto interno y externo de riesgos por líderes del SGIR y subsistemas. ▫ Crear y actualizar indicadores que evalúen frecuencia y probabilidad basados en datos históricos o estadísticos. ▫ Continuar capacitaciones en cultura de riesgo desde el proyecto de cultura organizacional. ▫ Integrar SGIR con procesos de planeación, SGIC y todos los sistemas Institucionales. ▫ Involucrar a alta dirección y órganos de supervisión en implementación adecuada del riesgo. ▫ Realizar seguimiento de todos los riesgos en la plataforma HOPEX desde 2023. ▫ Fortalecer la comunicación de riesgos estratégicos en la junta directiva y mejorar la retroalimentación en evaluación de los controles. ▫ Informar seguimiento de riesgos estratégicos a junta directiva a través del cuadro de mando integrado. ▫ Asesorar en la identificación de riesgos y definir controles por líderes de riesgos transversales. ▫ Fortalecer Identificación e Implementación De Riesgos De SARLAFT, SICOF, Legal, Y Operativo. ▫ Actualizar el informe riesgos con corte al 31/12/2023 y participar activamente en la cultura de gestión del riesgo y comités de mejoramiento Institucional. ▫ Identificar, definir y comunicar controles preventivos, detectivos y correctivos en comités de gerencia y riesgos. ▫ Minimizar el impacto de rotación del personal directivo en la comunicación de riesgos en cada Dirección. ▫ Definir acciones claras para la gestión del riesgo residual después de implementar la metodología.
3	<p>Riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM.</p> <p>Fortalecer debilidades de control en el riesgo jurídico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Implementar un programa integral de capacitación. Esta capacitación debe abarcar todos los empleados que intervienen en los procesos relacionados con las contrapartes, así como a todo el personal, contratistas y terceros vinculados al Hospital.

<p>4</p>	<p>Riesgos subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (Sicof).</p> <p>Fortalecer debilidades de control en el riesgo sicof.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Implementar la política de transparencia y acceso a la información pública, recientemente aprobada en agosto de este año que incluya la capacitación del personal pertinente, la definición de procedimientos claros para su aplicación y la designación de responsables para su seguimiento y evaluación periódica. ▫ Establecer directrices claras y comunicativas que prohíban a sus integrantes llevar a cabo reuniones individuales con proveedores para definir los términos de referencia en los contratos de adquisición. Estas directrices deben incluir la prohibición de compartir información privilegiada con proveedores, en línea con las normativas de ética y prevención de conflictos de interés. ▫ Implementar la "Política para el manejo de conflictos de intereses" como parte integral de las prácticas de prevención de la corrupción. Es fundamental que esta política se comparta y se socialice ampliamente entre los grupos de interés relevantes de la organización. Además, se recomienda que el responsable designado para esta política realice evaluaciones regulares, al menos anualmente, para verificar su efectividad y relevancia. Estas evaluaciones deben incluir la retroalimentación de los involucrados, permitiendo así ajustes o mejoras que fortalezcan la aplicación práctica y la comprensión de la política, asegurando su alineación con las necesidades cambiantes de la entidad y la prevención efectiva de conflictos de interés. ▫ Establecer un mecanismo claro para la implementación, evaluación y medición del impacto de las políticas existentes: el 'Código de Integridad', la 'Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción' y la 'Política para el Manejo de Conflictos de Intereses'. Este marco debería incluir asignación de responsabilidades claras, procedimientos operativos y métricas de evaluación. Es crucial que se designe un equipo responsable para la implementación y seguimiento de estas políticas, asegurando su integración en las prácticas diarias de la institución. Además, se sugiere realizar evaluaciones periódicas y análisis de impacto para identificar áreas de mejora y garantizar que estas políticas sean efectivas en la prevención de situaciones conflictivas y en la promoción de una cultura organizacional íntegra y transparente. ▫ Divulgar de manera proactiva y constante la difusión del Código de Ética y Buen Gobierno Corporativo, junto con los Principios y Valores de la entidad. Para lograr una implementación efectiva, es esencial que todos los participantes en los procesos no solo conozcan, sino que también se comprometan a seguir estas directrices. Esto puede lograrse a través de campañas de comunicación estratégicas, capacitaciones periódicas y la integración de estos valores en los procedimientos operativos estándar. ▫ Actualizar la base de datos de todos los proveedores vigentes en la institución.
----------	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Poner en funcionamiento la línea de transparencia junto con sus mecanismos de divulgación. Asimismo, es crucial garantizar que el comité de transparencia se reúna regularmente, al menos bimensualmente, sin excepción. Es imperativo que durante estas reuniones se tramiten y aborden todas las quejas presentadas, brindando una respuesta oportuna a las preocupaciones planteadas en septiembre y en todas las fechas previstas. Esta acción no solo fortalecerá la confianza en el proceso de transparencia, sino que también permitirá una gestión más eficiente y efectiva de las inquietudes planteadas por parte de la comunidad.
5	<p>Riesgos de Gestión Ambiental.</p> <p>Fortalecer debilidades de control en el riesgo de gestión ambiental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Agilizar la planificación de adquisición de bienes e insumos para mitigar riesgos potenciales y garantizar una ejecución más fluida de las actividades programadas. ▫ Elaborar las gráficas restantes para completar y fortalecer las campañas dirigidas al cliente interno y externo, mejorando así la efectividad de la capacitación proporcionada al personal. ▫ Fortalecer la supervisión continua del programa de manejo de plagas y ampliar la colaboración con entidades de salud y ambientales para abordar de manera integral y preventiva los problemas identificados en áreas externas, además de continuar y reforzar las campañas internas de concientización sobre el manejo apropiado de alimentos en los espacios laborales del hospital.
6	<p>Riesgos Legales.</p> <p>Fortalecer debilidades de control en el riesgo de gestión de riesgos legales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Actualizar la caracterización y documentación del proceso para definir claramente una gestión efectiva del conocimiento y una interacción precisa con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control. ▫ Implementar despliegues en todas las áreas de la institución a pesar de contar con una Política de Prevención del daño antijurídico actualizada, para mejorar la efectividad global del proceso ▫ Actualizar la caracterización y documentación del proceso para definir claramente la gestión del conocimiento y asegurar una interacción precisa con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.
7	<p>Riesgos Seguridad y Salud en el trabajo.</p> <p>Fortalecer debilidades de control en el riesgo de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Realizar un análisis exhaustivo para identificar las causas subyacentes del alto índice de ausentismo. Esto podría incluir encuestas de satisfacción laboral, evaluación ergonómica de los puestos de trabajo, y revisiones de las políticas de licencia médica. Este enfoque ayudaría a abordar los problemas fundamentales que contribuyen al ausentismo. ▫ Implementar programas de bienestar integral que promuevan la salud física y mental de los empleados. Esto podría incluir sesiones de ejercicio físico, programas de manejo del estrés, campañas de concientización sobre salud mental y políticas proactivas para prevenir lesiones en el lugar de trabajo. Estas iniciativas podrían reducir los días de ausentismo debido a enfermedades y mejorar la productividad.

		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Establecer indicadores claves de rendimiento para seguir el progreso de las estrategias implementadas. Además, se recomienda una evaluación periódica para determinar la efectividad de las intervenciones. Esto proporcionará información útil para ajustar las estrategias existentes o implementar nuevas acciones correctivas si es necesario. ▫ Establecer una comunicación directa y efectiva con la alta gerencia para resaltar la importancia estratégica del Comité de Emergencias. Esto podría lograrse a través de sesiones informativas periódicas que resalten el impacto positivo de su compromiso en la seguridad y continuidad operativa de la organización. Además, se podría considerar la presentación de casos de éxito de otros comités similares para mostrar los beneficios tangibles que aporta su participación. Esta estrategia busca fomentar un entendimiento más profundo de la relevancia del comité y estimular un compromiso más sólido por parte de la alta gerencia. ▫ Establecer un sistema centralizado y accesible que documente de manera detallada las asesorías llevadas a cabo para la identificación de riesgos de seguridad y salud en el trabajo en todos los procesos institucionales. Este registro debe incluir actas o listados de asistencia que reflejen la participación de los equipos en estas sesiones. Además, se sugiere implementar un seguimiento periódico para garantizar que cada proceso haya identificado y socializado adecuadamente los riesgos identificados. Esta medida facilitará una mayor transparencia, permitiendo el monitoreo y la mejora continua en la gestión de la seguridad y salud laboral en toda la organización. ▫ Diseñar un plan integral de gestión del cambio que abarque todos los niveles y áreas de la institución. Este plan debería incluir estrategias claras de comunicación, capacitación y participación de los colaboradores en el proceso de cambio. Es esencial que la alta dirección lidere este proceso, demostrando su compromiso y respaldo, y sirviendo de ejemplo para fomentar la adopción de nuevos enfoques o prácticas. Además, se recomienda establecer canales de retroalimentación para recoger inquietudes y sugerencias, lo que contribuirá a una transición más fluida y exitosa hacia los nuevos modelos o procedimientos.
8	<p>Riesgo Crédito.</p> <p>Fortalecer debilidades de control en el riesgo de crédito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Realizar una revisión exhaustiva de los procedimientos actuales relacionados con la identificación de pagos. Asegurarse de que los pasos para la identificación de cuentas estén claramente definidos y documentados. ▫ Reforzar los controles en la fase de verificación de soportes por parte de los pagadores antes de aplicar los pagos. Esto podría incluir la implementación de criterios más detallados para asegurar que todos los elementos necesarios estén presentes y correctamente registrados. ▫ Explorar la posibilidad de utilizar herramientas tecnológicas que puedan agilizar y automatizar el proceso de identificación de pagos. La implementación

		<p>de sistemas más avanzados puede contribuir a una mayor precisión y eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Establecer una comunicación con el banco para abordar cualquier discrepancia o falta de información relacionada con los pagos. Una colaboración más estrecha puede facilitar la resolución rápida de problemas y mejorar la precisión en la identificación de cuentas. ▫ Establecer un sistema de seguimiento específico para las cuentas que aún no han sido debidamente identificadas. Esto facilitará un monitoreo continuo y la adopción de medidas correctivas oportunas. ▫ Realizar una revisión integral del proceso de radicación de facturas, desde la identificación inicial hasta la radicación efectiva. Esta revisión permitirá identificar posibles brechas en el sistema y garantizar una mayor exhaustividad en la inclusión de todas las facturas. ▫ Para mejorar la detección temprana de facturas no radicadas, se sugiere la implementación de herramientas automáticas de monitoreo en el sistema. Estas herramientas pueden alertar sobre cualquier factura que esté pendiente de radicación, permitiendo una acción inmediata por parte del equipo de facturación. La automatización puede mejorar la eficiencia y reducir la probabilidad de omisiones. ▫ Ajustar matriz de los riesgos de liquidez con sus controles causa y consecuencias. ▫ Crear un procedimiento para la planeación del proceso gestión de tesorería.
--	--	--

Cuadro N°1. Observaciones y Recomendaciones.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se relacionan las observaciones con los respectivos riesgos y recomendaciones del proceso:

3.1 Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

Plan de Acción.

El Plan Estratégico del Hospital, indica en el Objetivo estratégico 6: *Consolidar la institución en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública*. En su Programa estratégico 6.1 *Modelo de gobierno corporativo público y su Proyecto 6.1.1 Sistema de Gestión Integral de Riesgos SGIR en el HGM adoptando los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión*, de este se derivan las siguientes actividades: 1. Determinar el riesgo inherente de los procesos, 2. Ajustar el enfoque a los lineamientos del DAFP y normatividad y, 3. Capacitar en riesgos. Los productos entregables del plan de acción son: Informe de riesgo residual, documentos del sistema ajustados, cronograma de capacitación.

En tal sentido, observamos que el Hospital tiene contemplado en el Plan estratégico en el Objetivo estratégico 6: *Consolidar la institución en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública*. Los productos entregables del plan de acción es: Informe de Riesgo inherente, documentos del sistema ajustados, cronograma de capacitación; al verificar el cumplimiento se evidencia que el seguimiento al V bimestre tiene un cumplimiento del 66.7%, en lo relacionado al informe de riesgo inherente se plantean acciones como: *“se migran a HOPEX los riesgos y controles de los 9 procesos del macroproceso Atención Integral en Salud, se le comparte archivo de EXCEL a cada director”* sin que evidencien el informe de seguimiento.

b. Criterios.

- Plan de acción 2023.
- Mega Institucional.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.

d. Recomendación.

- Realizar el informe de riesgo residual conforme a lo definido en el plan de acción.

e. Posición del auditado.

Se hicieron modificaciones al alcance a partir del mes de mayo, y se migro a HOPEX todos los riesgos de los procesos misionales, cumpliendo así con el resultado del riesgo inherente. El informe de riesgo inherente para los demás procesos quedó definido para la vigencia 2024.

f. Plan de Mejoramiento.

No aplica.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

Índice de Madurez. ISO 31000-2018 SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO - SGR

El nivel de madurez de la gestión del riesgo es una herramienta utilizada para capturar y evaluar las prácticas de riesgos de la institución y proporcionar la realimentación en forma de una calificación de Madurez de la Gestión de los Riesgos.

La metodología de medición de la madurez de la gestión de riesgos para ISO 31.000, para el año 2022 obtuvo un resultado de 4.3, y para el 2023 fue de 4,2, ubicándose en el rango de una medición de madurez Efectiva. Este nivel de madurez efectiva tiene las siguientes características:

- Es posible supervisar y medir el cumplimiento de los lineamientos y tomar medidas cuando los procedimientos del Sistema de Gestión del Riesgo no parezcan estar trabajando apropiadamente
- Se toman acciones sobre las no conformidades detectadas
- Los procesos se encuentran bajo un mejoramiento constante y sirven como fuente de mejores prácticas.
- Formalización de las relaciones de convivencia con los Grupos de Interés (Distribuidores, Proveedores y Empleados).
- Se hace un seguimiento a las no conformidades identificadas por los Auditores.
- La tecnología de información es utilizada de manera integrada para automatizar el flujo de trabajo, proporcionando herramientas para mejorar la calidad y la efectividad

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

de las operaciones y del SGR.

b. Criterios.

La tabla que orienta la calificación en la metodología para ISO 31.000 es la siguiente:

Criterios de Calificación del SGR:	Entre
Efectivo	4,1 5,0
Cumplimiento Básico - Táctico	3,1 4,0
En Proceso	2,1 3,0
Crítico y Reactivo	1,1 2,0

Fuente: Herramienta Autoevaluación Gestión del Riesgo SGI 3100

c. Riesgo.

La falta de cumplimiento de este indicador compromete el logro del Objetivo Estratégico 6, orientado a posicionar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública. Esto afecta el proyecto de gestión de riesgos institucional, debilitando su implementación y la mitigación de amenazas potenciales.

d. Recomendación.

Las recomendaciones de los Criterios de Calificación del SGR en proceso (valoración 3) son las siguientes:

- Asegurar la incorporación y aplicación de la gestión de riesgos según el contexto institucional en los sistemas y subsistemas de SARLAFT, SICOF, Legal, Liquidez, Crédito, Actuarial, Operativo (Asistencial-Clinico), Ambiental, Seguridad Digital, Y Salud En El Trabajo.
- Contratar profesionales con competencia técnica en riesgos para gestionar los riesgos clínicos, asistenciales, actuariales, legales, SARLAFT y SICOF.
- Obtener licencias para migrar a HOPEX la gestión integral de riesgos.
- Capacitar a líderes de riesgos transversales para asesorar en la identificación, definición de controles y seguimiento de acciones, abarcando seguridad digital, ambiental, legal, SARLAFT, seguridad y salud en el trabajo, y comunicaciones.
- Mejorar la interdependencia entre procesos.
- Madurar y fortalecer el tratamiento de riesgos para los sistemas y subsistemas de la entidad, enfatizando en una documentación exhaustiva del proceso.

Las recomendaciones de los Criterios de Calificación del SGR Cumplimiento Básico - Táctico (valoración 4) son las siguientes:

- Actualizar anualmente el contexto interno y externo de riesgos por líderes del SGIR y subsistemas.
- Crear y actualizar indicadores que evalúen frecuencia y probabilidad basados en datos históricos o estadísticos.
- Continuar capacitaciones en cultura de riesgo desde el proyecto de cultura organizacional.
- Integrar SGIR con procesos de planeación, SGIC y todos los sistemas Institucionales.
- Involucrar a alta dirección y órganos de supervisión en implementación adecuada del riesgo.
- Realizar seguimiento de todos los riesgos en la plataforma HOPEX desde 2023.
- Fortalecer la comunicación de riesgos estratégicos en la junta directiva y mejorar la retroalimentación en evaluación de los controles.
- Informar seguimiento de riesgos estratégicos a junta directiva a través del cuadro de mando integrado.
- Asesorar en la identificación de riesgos y definir controles por líderes de riesgos transversales.
- Fortalecer Identificación e Implementación de Riesgos de SARLAFT, SICOF, Legal, Y Operativo.
- Actualizar el informe riesgos con corte al 31/12/2023 y participar activamente en la cultura de gestión del riesgo y comités de mejoramiento Institucional.
- Identificar, definir y comunicar controles preventivos, detectivas y correctivos en comités de gerencia y riesgos.
- Minimizar el impacto de rotación del personal directivo en la comunicación de riesgos en cada Dirección.
- Definir acciones claras para la gestión del riesgo residual después de implementar la metodología.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

Materialización de riesgos 2022.

En el año 2022, se materializaron 38 riesgos de los 39 procesos institucionales, información publicada en el aplicativo de Gestión Transparente de la Contraloría Distrital de Medellín. Durante el año 2023, se realizó seguimiento a las correcciones propuestas por los líderes. Es importante señalar que el diligenciamiento del formato de riesgos materializados queda a discreción de los líderes, lo que sugiere la posibilidad de materialización de riesgos no registrados en la matriz institucional. A continuación, se detalla el seguimiento de las correcciones, las causas de los riesgos materializados en el 2022, evaluando la implementación las medidas necesarias para subsanar dichas causas en el 2023.

Los estados de implementación que se evidencian son: implementado, no implementado y en proceso de implementación.

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
1	SIAU	R2	Desconocimiento normativo e inadecuada gestión de PQRS en la institución	Falta de compromiso de algunos de los líderes, directores y responsables de la gestión de las PQRSD	Sistema de alerta de recordación de tiempos de respuesta Correos electrónicos con información de las PQRSD vencidas	Implementado
2	SIAU	R3	Desconocimiento normativo e inadecuada gestión de PQRS en la institución	Falta de compromiso de algunos de los líderes, directores y responsables de la gestión de las PQRSD	Sistema de alerta de recordación de tiempos de respuesta Correos electrónicos con información de las PQRSD vencidas	Implementado
3	Atención en Banco de Sangre	R2	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al inadecuado flujo del paciente en el banco de sangre.	1. Falta de interacción en los procesos. 2. Inadecuada gestión del alta y facturación. Durante el periodo se presenta en diferentes oportunidades ordenes de transfusión que no son generadas en el sistema SAP por parte de los servicios que las solicitan, lo que causa retraso en el registro de los controles transfusionales por parte de enfermería y en la correcta facturación del banco de sangre. Adicionalmente se presentó por la misma causa el registro de un control transfusional a un paciente en una fecha errada por parte del servicio de enfermería, debido a que ellos tienen habilitado el permiso de modificación de los controles transfusionales, lo que lleva a un riesgo en la seguridad del paciente y en la correcta facturación.	1. Se envían solicitudes al área de sistemas para mejorar los procesos con la plataforma SAP e identificar porque no se están realizando correctamente las órdenes y que caigan en la plataforma de banco de sangre. Adicionalmente se envió requerimiento para que se evalúe la posibilidad de modificar los permisos de enfermería para que los controles transfusionales no puedan ser modificados por el personal de enfermería una vez se ha registrado el correcto diligenciamiento del mismo. 2. Se realizará seguimiento en el plan de mejoramiento interno de banco de sangre. 3. Queda abierta oportunidad de mejora para sistemas desde el comité de transfusiones.	Implementado

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
4	Atención en Banco de Sangre	R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción del banco de sangre entre procesos misionales y de apoyo.	<p>1. Inoportuna e inadecuada gestión de la adquisición de bienes y servicios: Durante el periodo se presenta retrasos con el servicio de contratación de carpas y eventos de inoportunidad de estas en las campañas de donación lo que causó retrasos en las campañas programadas y en algunas oportunidades cancelación de las mismas, esto afectando además del correcto funcionamiento del banco de sangre por tiempos muertos sin atención de donantes y la imagen institucional.</p> <p>2. Inoportuna gestión de todos los procesos de gestión humana.</p> <p>2.1 Durante el periodo se presenta un traslado de un profesional al banco de sangre sin acto administrativo correspondiente y en ausencia de la líder del proceso de Banco de Sangre, lo que generó inconvenientes debido a que la profesional asignada no cumplía a cabalidad con los requerimientos que en el momento tenía el servicio para suplir la sobrecarga laboral que se estaba presentando en los profesionales.</p> <p>2.2 Durante el periodo se presentó un evento de vulnerabilidad en la seguridad del personal de campañas del banco de sangre, por hechos ocurridos con el conductor que transporta el personal.</p>	<p>1. Se envían memorandos y requerimientos para el análisis del inadecuado proceso que se realizó con el traslado de la profesional.</p> <p>2. Se envía memorando a Seguridad y salud en el trabajo informando la situación de vulnerabilidad que se presentó en el periodo, se envía memorando al colaborador implicado en el evento y se levanta plan de mejoramiento individual.</p>	Implementado
5	Atención en Banco de Sangre	R1 2	Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con la oportunidad y efectividad de la entrega de los resultados y ayudas diagnósticas, afectando la Seguridad del Paciente	<p>3. Inadecuada adherencia a los paquetes instruccionales del MSPS " GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO". 3.1 Muestra y paciente mal identificada o sin identificar. Durante el periodo llegan al servicio muestras de pacientes sin los correctos en tomas de muestras, marcadas con número de episodio en lugar del número de identificación del paciente, adicionalmente llegan muestras sin marcar.</p>	<p>1. Se realizan capacitaciones a los servicios, médicos y enfermeras, sobre el programa de hemo vigilancia haciendo énfasis en enfermería sobre los correctos en toma de muestras y con el personal médico en el correcto diligenciamiento de la solicitud de transfusión y consentimiento informado. 2. Se solicita ante oficina de gestión humana sea requisito indispensable para el personal asistencial cursar y aprobar el curso de hemo vigilancia.</p>	Implementado
6	Atención en Banco de Sangre	R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción del banco de sangre entre procesos misionales y de apoyo.	<p>1. Inoportuna e inadecuada gestión de la adquisición de bienes y servicios: Durante el periodo se presenta retrasos con el servicio de contratación de carpas y eventos de inoportunidad de las mismas en las campañas de donación lo que causó retrasos en las campañas programadas y en algunas oportunidades cancelación de las mismas, esto afectando además del correcto funcionamiento del banco de sangre por tiempos muertos sin atención de donantes</p>	<p>1. Se envían memorandos y correos a líder de suministros para la auditoria del proceso 2. Se envían correos a gestión de suministros y oficina de seguridad y salud en el trabajo para solución inmediata del riesgo.</p>	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
				y la imagen institucional. 2. Inoportuna gestión de mantenimiento de infraestructura física y hospitalaria; durante el periodo se produce riesgo ambiental debido a mala disposición de residuos líquidos por falta de elementos para la disposición de los mismos.		
7	Atención en Banco de Sangre	R7	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la ausencia y/o inadecuada adherencia a instructivos asistenciales del proceso de banco de sangre y servicios transfusional.	1. Inadecuada adherencia por parte del personal de campañas a las guías y protocolos establecidos para la atención del donante de sangre. Durante el periodo se presenta una queja de un donante de la comunidad LGBTI atendido en la Universidad de Medellín.	1. Se realiza respuesta inmediata a la Universidad y a al donante atendido, con asesoría de la oficina jurídica del HGM. Se realiza oportunidad de mejora en el servicio.	Implementado
8	Atención en Banco de Sangre	R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción del banco de sangre entre procesos misionales y de apoyo.	1. Inoportuna e inadecuada gestión de la adquisición de bienes y servicios: Durante el periodo se presenta retrasos con el servicio de contratación de carpas y eventos de inoportunidad de estas en las campañas de donación lo que causó retrasos en las campañas programadas y en algunas oportunidades cancelación de estas, esto afectando además del correcto funcionamiento del banco de sangre por tiempos muertos sin atención de donantes y la imagen institucional. 2. Inoportuna gestión de telemetría hospitalaria, durante el periodo en días aleatorios no se cuenta con telemetría en el servicio. 3. Desabastecimiento de insumos y reactivos: Durante el periodo se presentan retrasos en la adquisición de insumos y reactivos necesarios para el adecuado funcionamiento del servicio, lo que causa desabastecimiento de hemo componentes.	1. Se envían memorandos y correos a líder de suministros para la auditoria del proceso 2. Se envían correos y memorandos a directores y encargados de Intecon servicio contratado de telemetría para la solución del problema. 2. Se envían correos con solicitudes al líder de farmacia y dispositivos médicos y líder de almacén	En proceso de implementación
9	Gestión de la Compensación	AP-GH U-CP-R1	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a las Inconsistencias en la administración de salarios, prestaciones y seguridad sociales, por la inoportunidad en el trámite y pago de nómina y prestaciones sociales y en la liquidación y pago del Sistema de Seguridad Social, afectando la ejecución del Proceso de Gestión de la Compensación	Error en el ingreso de la novedad en el aplicativo El Aplicativo no cuenta con una herramienta que arroje alertas de las novedades previamente registradas, al momento de ingresar otra que coincida con la misma fecha	El funcionario reportó la novedad de inmediato, se ingresó a la plataforma donde se graban las novedades con el acompañamiento del analista de nómina de Sistemas, quien técnicamente realizó una nueva liquidación de manera que la novedad afectara solo los días de incapacidad y no otras novedades de recargos. Generar una liquidación de nómina de corrección Notificar al área financiera de la corrección realizada a la nómina de la funcionaria, con el fin de realizar el pago. Generar punto de control en la	Implementado

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
					pre nómina en la validación de valores negativos, a fin de ser subsanados antes de generar la última liquidación y contabilización de la nómina	
10	Gestión de la Compensación	AP-GH U-CP-R1	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a las Inconsistencias en la administración de salarios, prestaciones y seguridad sociales, por la inoportunidad en el trámite y pago de nómina y prestaciones sociales y en la liquidación y pago del Sistema de Seguridad Social, afectando la ejecución del Proceso de Gestión de la Compensación	Se presentó una inconsistencia en el reporte que genera SAP para ser ingresado a PILA En el momento de corregir y validar la información entre la nómina y el archivo PILA, se identifica inconsistencia en las novedades, por lo que se hace necesario realizar la corrección manual; situación que al subir el archivo PILA a la plataforma ARUS, no fue correctamente identificado	Revisión del archivo PILA pagado vs los funcionarios activos en la entidad Corrección de planilla PILA, adicionando el funcionario que presenta la novedad	Implementado
11	SSST	R1	Posibilidad de afectación económica, reputacional y operacional por falta de gestionar los riesgos relacionados con condiciones inseguras en las diferentes áreas de trabajo del Hospital General de Medellín	No se cumple con la meta. Se da continuidad a las estrategias de investigación oportuna de accidentes e incidentes de trabajo, seguimiento a los planes de acción derivados de las investigaciones de accidentes e incidentes, sensibilización en cultura del cuidado y medidas de prevención y control desde los diferentes riesgos existentes en los entornos de trabajo, inspecciones de seguridad, divulgación de estándares biológicos y osteomusculares, escuelas de espalda y fisio profilaxis entre otras.	Aplican los controles propuestos ya establecidos.	En proceso de implementación
12	SSST	R2	Posibilidad de afectación económica, reputacional y operacional por falta de gestionar los riesgos relacionados con actos inseguros en las diferentes áreas de trabajo del Hospital General de Medellín	No se cumple con la meta. Se da continuidad a las estrategias de investigación oportuna de accidentes e incidentes de trabajo, seguimiento a los planes de acción derivados de las investigaciones de accidentes e incidentes, sensibilización en cultura del cuidado y medidas de prevención y control desde los diferentes riesgos existentes en los entornos de trabajo, inspecciones de seguridad, divulgación de estándares biológicos y osteomusculares, escuelas de espalda y fisio profilaxis entre otras.	Aplican los controles propuestos ya establecidos.	En proceso de implementación
13	SSST	R6	Posibilidad de afectación económica, reputacional y operacional por Conflictos entre colaboradores, usuarios y entre los mismos trabajadores por falta de un manejo integral de la violencia de	Disminución de la frecuencia de eventos	Aplican los controles propuestos ya establecidos.	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
			todo tipo en los lugares de trabajo			
14	Información Clínica y Administrativa	AP-INF-CA-R1	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a las inconsistencias en la información generada en el proceso gestión de la información clínica y administrativa.	La situación que se presenta, es que el área de estadística al momento de generar los RIPS y organizar la estructura de los archivos AM (medicamentos), la calidad de dato en la variables código medicamento, nombre del medicamento la forma farmacéutica, la concentración y la unidad de medida del medicamento está saliendo con varias inconsistencias (ceros adelante, espacios en blanco, campos vacíos, letras minúsculas y caracteres especiales) esto ocasiona un reproceso al momento de reportar y cargarlos a los diferentes validadores de las EPS y del Departamento. Ya que no corresponden a la codificación de los CUMS establecida por el INVIMA de acuerdo con la resolución 3374 del 2000 y las normas que los hayan modificado.	1. Se realiza requerimiento al área de sistemas, donde se solicita ajustar en el módulo de los RIPS, la estructura de los archivos AM (medicamentos) en la variable código medicamentos, parametrizar este campo con la codificación de la tabla CUMS actualizada y establecida por el INVIMA y evitar que este campo quede abierto. 2. Se solicita, que los medicamentos vitales no disponibles (los nutricionales, Aminoácidos, fórmulas, y preparaciones magistrales) no se han generados en los archivos AM (medicamentos) que estos registros vayan al archivo AT (otros servicios).	En proceso de implementación
15	Ambiental	AP-GRF-AM-R10	Eventuales inundaciones debido a las fuertes lluvias, granizadas y/o averías en la red hidrosanitaria.	Filtración de aguas en el primer piso por la entrada al Auditorio de la Salud	Se hace la solicitud al área de mantenimiento a través del Software Keeper y procede hacer una revisión donde se determina que se debe impermeabilizar el sitio por donde se está filtrando el agua al área de Gestión Documental. Este riesgo es compartido con el área de Gestión Ambiental al cual se le informo de la materialización	En proceso de implementación
16	Ambiental	AP-GRF-AM-R10	Eventuales inundaciones debido a las fuertes lluvias, granizadas y/o averías en la red hidrosanitaria	El motivo de la inundación se presentó por el flotador que envía la señal de llenado del tanque, puesto que no envió la señal de cerrado de la válvula ya que se enredó y no pudo hacer el trabajo pertinente, por lo tanto, quedo abierta con el ingreso de agua y rebosó los tanques y esto genero dicha inundación.	El personal de la entidad Unión Temporal ACCIONMED MAS, con apoyo de Asís, controló válvulas en 10 minutos donde se detuvo la salida de agua, teniendo un monitoreo constante hasta bajar los niveles terminando monitoreo entre las 3:45 am y 4:00 am del día 20 de diciembre, quedándose el personal de ASIS secando el agua que estaba en los lugares afectados.	Implementado

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
17	Gestión de Activos Fijos	AP-GR F-AF-R4	Probabilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de gestión de activos fijos y los procesos de gestión de la contabilidad, gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial; proceso gestión de la adquisición de bienes y servicios (suministros) y del proceso de gestión de mantenimiento de la infraestructura física y hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales 2. Desconocimiento de la reglamentación vigente con referencia al proceso y procedimientos del área de activos fijos 3. Inexactitud en la información financiera. 4. Demoras en la contabilización de las facturas de activos fijos, propiedad planta y equipo. Procesos de gestión de la contabilidad: no realiza la contabilidad de las facturas de activos fijos, éste no puede continuar con el ingreso de la propiedad planta y equipo. 5. Inadecuada recepción técnica de equipos biomédicos, equipos sin trazabilidad en el ingreso. 6. El proceso gestión de la adquisición de bienes y servicios (suministros): al pedir un equipo o un bien, ese equipo o bien debe cumplir con unas condiciones técnicas q no cumplen la necesidad del usuario final, y suministros debe solicitar los documentos que avalen la recepción técnica de equipos. 7. Inadecuada negociación con proveedores que genera insatisfacción del cliente final por el no cumplimiento de las especificaciones técnicas de los activos y/o bienes de la entidad. 8. El Proceso de gestión de mantenimiento de la infraestructura física y hospitalaria: Los pedidos de activos se hacen por sol pedido y en ocasiones los hacen por orden de servicios, unen órdenes de servicios de mantenimiento, de repuestos, realizan una orden y en la misma orden incluyen el activo fijo. Definir procedimiento que las órdenes de servicios no se deben unir con las órdenes de compras de bienes y servicios. 	4. Demoras en la contabilización de las facturas de activos fijos, propiedad planta y equipo. Procesos de gestión de la contabilidad: no realiza la contabilidad de las facturas de activos fijos, éste no puede continuar con el ingreso de la propiedad planta y equipo.	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
18	Gestión de Activos Fijos	AP-GR F-AF-R4	Probabilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de gestión de activos fijos y los procesos de gestión de la contabilidad, gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial; proceso gestión de la adquisición de bienes y servicios (suministros) y del proceso de gestión de mantenimiento de la infraestructura física y hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales Desconocimiento de la reglamentación vigente con referencia al proceso y procedimientos del área de activos fijos Inexactitud en la información financiera. Demoras en la contabilización de las facturas de activos fijos, propiedad planta y equipo. Procesos de gestión de la contabilidad: no realiza la contabilidad de las facturas de activos fijos, éste no puede continuar con el ingreso de la propiedad planta y equipo. Inadecuada recepción técnica de equipos biomédicos, equipos sin trazabilidad en el ingreso. El proceso gestión de la adquisición de bienes y servicios (suministros): al pedir un equipo o un bien, ese equipo o bien debe cumplir con unas condiciones técnicas q no cumplen la necesidad del usuario final, y suministros debe solicitar los documentos que avalen la recepción técnica de equipos. Inadecuada negociación con proveedores que genera insatisfacción del cliente final por el no cumplimiento de especificaciones técnicas de los activos y/o bienes de la entidad. El Proceso de gestión de mantenimiento de la infraestructura física y hospitalaria: Los pedidos de activos se hacen por sol pedido y en ocasiones los hacen por orden de servicios, unen órdenes de servicios de mantenimiento, de repuestos, realizan una orden y en la misma orden incluyen el activo fijo. Definir procedimiento que las órdenes de servicios no se deben unir con las órdenes de compras de bienes y servicios. 	1. Activos que no se entregaron con la recepción técnica.	En proceso de implementación
19	Gestión de Activos Fijos	AP-GR F-AF-R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al inadecuado control de los activos fijos de la entidad.	<ol style="list-style-type: none"> Inadecuado manejo de inventarios Ausencia de una depuración de los bienes de la Institución desde el año 2015. No existe información de la Propiedad Planta y Equipo que ya no se encuentra en el Hospital y sigue figurando como activo en la base de datos La Capacidad Ociosa Instalada en las Bodegas determinadas para la Custodia de los Activos Fijos Incomunicación Total entre las Áreas que afectan los Bienes de la Institución. Desarrollo inadecuado de las 	2. Activos No Encontrados en el desarrollo de los Inventarios	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
				<p>actividades del área.</p> <p>7. Omisiones o yerros de los servidores públicos y terceros tenedores que tienen en custodia la propiedad planta y equipo (Activos fijos)</p> <p>8. La disposición por centro de costos inexacta.</p> <p>9. La entrega de bienes a la persona equivocada</p> <p>10. No se reportan de acuerdo con la normatividad vigente la pérdida, el daño, el robo de los Equipos</p> <p>11. No se diligencian los formatos de pérdida, daño o hurto.</p>		
20	Costos	R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada elaboración y distribución de informe de costos.	Inobservancia de controles en el procedimiento de contratación de personal con las competencias para el libre desarrollo del proyecto de Tarifas Competitivas [Procrastinación Administrativa]	Costeos Manuales Por requerimientos	En proceso de implementación
21	Evaluación y Control	EV-EV C-CI-R2.	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a fallas en la ejecución de la evaluación en el proceso de auditoría interna.	Se materializó el riesgo de filtración de informes de auditorías a medios de comunicación externos sin ser solicitados a la institución.	Se entregará al cierre de auditoría el informe por medio magnético a los líderes del proceso auditado.	Implementado
22	Ginecobs tetricia	MI-AIS -UG -R1	Posibilidad de afectación económica, legal y/o reputacional debido a la inadecuada articulación del proceso de atención en ginecobs tetricia con los procesos estratégicos.	No adherencia al sistema de gestión integral de riesgos y a los sistemas de gestión integral de calidad	Subsanación de hallazgos de habilitación	En proceso de implementación
23	Ginecobs tetricia	MI-AIS -UG -R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de ginecobs tetricia y los demás procesos misionales y de apoyo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inoportuna e inadecuada gestión de la adquisición de bienes y servicios; 2. Inoportuna gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial; 3. Inoportuna gestión de mantenimiento de infraestructura física y hospitalaria; 4. Inoportuna gestión de todos los procesos de gestión humana; 5. Inoportuna gestión de todos los procesos financiera; 6. Inoportuna gestión de todos los procesos gestión de la información y comunicaciones 7. Incumplimiento de indicadores de los procesos 8. Incumplimiento de la plataforma estratégica 	Subsanación de hallazgos de habilitación	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
24	Ginecobs tetricia	MI-AIS - UG -R8	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada educación en salud a los usuarios, pacientes y sus familias atendidas en el proceso de ginecobs tetricia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de estandarización de la información clínica y administrativa que se le debe entregar a los usuarios, a los pacientes y a sus familias durante el ingreso, durante la atención, durante el egreso y el seguimiento. 2. Carencia de un modelo pedagógico en la institución que de lineamientos claros para la educación los usuarios, los pacientes y sus familias con un enfoque diferencial. 3. Inadecuados e ineficientes canales de comunicación para el público objetivo. 4. Carencia de recursos y de espacios para entregar información a los usuarios, pacientes y familias antes de hacer uso de los servicios asistenciales. 	Actualización de documentos del área con enfoque diferencial. Respuesta a peticiones, quejas y reclamos. Apertura de área en el transfer de cirugía general para brindar información a la familia.	En proceso de implementación
25	Ginecobs tetricia	R4	Gestión de EA - se adjuntan soportes en evidencias	<ol style="list-style-type: none"> 1.Reclasificación de eventos reportados - cerca de un 30% son EA, los demás mal clasificados. 2. Principales EA reportados PRUM - IAAS - Asfixia perinatal. 3. No adherencia al instructivo de accesos venosos por enfermería. 4. No adherencia a GPC del parto - monitorización inadecuada. 5. No adherencia a directrices sobre el comportamiento en áreas quirúrgicas 	Socialización de resultados en reuniones del servicio Rondas de seguridad actualización de documentos	Implementado
26	Clínicas Quirúrgicas	MI-AIS - CQ -R1	Posibilidad de afectación económica, legal y/o reputacional debido a la inadecuada articulación del proceso de clínicas quirúrgicas con los procesos estratégicos.	No adherencia al sistema de gestión integral de riesgos y a los sistemas de gestión integral de calidad	Subsanación de hallazgos de habilitación	En proceso de implementación
27	Clínicas Quirúrgicas	MI-AIS - CQ -R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de clínicas quirúrgicas y los demás procesos misionales y de apoyo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inoportuna e inadecuada gestión de la adquisición de bienes y servicios; 2. Inoportuna gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial; 3. Inoportuna gestión de mantenimiento de infraestructura física y hospitalaria; 4. Inoportuna gestión de todos los procesos de gestión humana; 5. Inoportuna gestión de todos los procesos financiera; 6. Inoportuna gestión de todos los procesos gestión de la información y comunicaciones 7. Incumplimiento de indicadores de los procesos 8. Incumplimiento de la plataforma estratégica 	Subsanación de hallazgos de habilitación	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
28	Clínicas Quirúrgicas	MI-AIS - CQ -R8	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada educación en salud a los usuarios, pacientes y sus familias atendidas en el proceso de clínicas quirúrgicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de estandarización de la información clínica y administrativa que se le debe entregar a los usuarios, a los pacientes y a sus familias durante el ingreso, durante la atención, durante el egreso y el seguimiento. 2. Carencia de un modelo pedagógico en la institución que de lineamientos claros para la educación los usuarios, los pacientes y sus familias con un enfoque diferencial. 3. Inadecuados e ineficientes canales de comunicación para el público objetivo. 4. Carencia de recursos y de espacios para entregar información a los usuarios, pacientes y familias antes de hacer uso de los servicios asistenciales. 	Actualización de documentos del área con enfoque diferencial. Respuesta a peticiones, quejas y reclamos. Apertura de área en el transfer de cirugía general para brindar información a la familia.	En proceso de implementación
29	Investigaciones	MI-DSI -IV- R2	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por el inadecuado flujo del paciente en el proceso de investigación en el Centro de Ensayos Clínicos.	Alta rotación del personal Auxiliar de Admisiones de Consulta externa por lo que decían desconocer la actividad de ingreso de los pacientes del Centro de Ensayos.	La Líder del proceso de Investigación le solicita a la jefe de facturación divulgar a las auxiliares de Admisiones de Consulta externa esta actividad para ensayos clínicos y en caso de ausencia de la persona encargada asignar un reemplazo con anticipación	Implementado
30	Investigaciones	MI-DSI -IV- R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de gestión de la investigación y los demás procesos misionales, de apoyo y estratégicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se declinaron tres estudios de Oncología: Cáncer de cérvix metastásico y pacientes cáncer de mama triple negativo (TNBC) localmente recurrente e inoperable o TNBCC metastásico; debido al Hospital no tener contratado este especialista, Cáncer Endometrial. 2. Después de recibir visita de calificación y enviar documentación solicitada por casa farmacéutica se declinó estudio Aspergilosis por no tener contrato con Laboratorio Synlab (Laboratorio tercerizado y certificado en BPC del Centro) 3. Seleccionaron al Hospital para estudio de células autólogas en riñón y luego el patrocinador declino su participación por todas las dificultades con la contratación: falta de procedimiento para contratación con cliente sin representación legal en Colombia. 4. Se diligenció factibilidad para estudio de investigación sobre EPOC de tipo observacional, no se realiza el estudio porque no se pudo crear la casa farmacéutica como proveedor para someterlo al comité de ética debido a que la oficina de SARLAFT no tenía el procedimiento de verificación para cliente extranjero 	<ol style="list-style-type: none"> 1,3,4. Se han venido realizando reuniones con el Subgerente Asistencial, Abogados: jurídica, contratación, SARLAFT, oficial de cumplimiento, jefe jurídica; donde se exponen las necesidades del centro y las situaciones de estudios declinados por no contar con el apoyo y los procesos documentados para la contratación con empresa sin representación legal en Colombia. 2. Se han realizado reuniones con el Subgerente Asistencial, abogado de jurídica, jefe Imagenología, delegado de Synlab para revisar el estado del proceso jurídico entre las partes y la documentación requerida para realizar una orden de servicios directamente con el Centro de Ensayos. 	En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
31	Investigaciones	MI-DSI-IV-R2	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por el inadecuado flujo del paciente en el proceso de investigación en el Centro de Ensayos Clínicos.	Inconvenientes con el ingreso de pacientes ya que no se está diligenciado la información de la manera adecuada.	La auxiliar de facturación de ensayos clínicos decide realizar ella los ingresos para evitar errores.	En proceso de implementación
32	Investigaciones	MI-DSI-IV-R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de gestión de la investigación y los demás procesos misionales, de apoyo y estratégicos.	1. Tiempo muy por encima de la promesa para emitir informe SARLAFT con patrocinador MSD para pago de visita de validación y contrato de estudio MK7625A-036 debido a retiro de oficial de cumplimiento.	1. Se programa reunión con Abogados: contratación, SARLAFT donde se expone las necesidades del informe evidenciado las fechas en las que se envió la documentación.	Implementado
33	Administración personal	AP-GH U-AP-R2	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación, ejecución y articulación del proceso de administración del personal acorde al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo que implica que no se cuente con estudios de la capacidad instalada y requerida que permita definir contar con los recursos humanos, financieros y tecnológicos y las adecuaciones, acorde con la cuenta la demanda del servicio.	Desconocimiento de la Normatividad Vigente Falta de estudio de cargos y cargas y suficiencia de personal Capacidad instalada Falta de capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo Falta gestión del conocimiento y de Desarrollo de las competencias Falta de capacitación en los Procesos institucionales Falta de documentación de procesos No entregar a Gestión Humana por parte de los funcionarios, los certificados de formación	Identificar los certificados que se requieren y adjuntarlos a las hojas de vida Solicitar a los funcionarios certificados y enviar a la hoja de vida Solicitar a los Líderes de proceso, ubicar al personal, en los puestos de trabajo no solo de acuerdo con la formación, sino las competencias y la normatividad vigente Realizar entrenamiento en el puesto de trabajo a todos los funcionarios nuevos o que se trasladan de servicio Solicitar a los Líderes de Proceso, el reporte permanente a Gestión Humana, de los traslados de funcionarios.	En proceso de implementación
34	Educación Continua	AP-GH U-EC-R1	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada ejecución del proceso gestión de la educación continua, afectando el desarrollo de las competencias de los funcionarios de la entidad y el cumplimiento en los objetivos y metas del Proceso y/o institucionales.	Falta de Coordinación de los Procesos Institucionales con el Proceso de Educación Continua, para las capacitaciones a los funcionarios		En proceso de implementación

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
35	Gestión de equipos biomédicos	R1	Inadecuada articulación del proceso gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.	<p>85 - HALLAZGO: No se evidencia que los dispositivos médicos - equipos biomédicos relacionados en la tabla 11, cuenten con Registro Sanitario o Permiso de Comercialización Invima</p> <p>ANALISIS DE CAUSA:</p> <p>1. No se realiza recepción técnica al 100% de los equipos biomédicos que ingresan al Hospital por compra, este proceso de cumplimiento de recepción inicia desde la adquisición del equipo donde se especifica el soporte documental que deben cumplir los equipos al ingreso, pasando por el recibo del equipo por parte del área de almacén, activos fijos y la revisión final por parte de ingeniería.</p> <p>2. Los dispositivos biomédicos tales como: fonendoscopios, laringoscopios, aspiradores de secreción, entre otros equipos de bajo riesgo, el Hospital no les realiza recepción técnica, puesto que según se establece por el área de activos fijos estos no son considerados activos, sino consumibles, por lo que desde almacén se envían estos equipos directamente a los servicios asistenciales, sin pasar por el área de ingeniería y su respectiva revisión documental.</p>	<p>1. Se realiza solicitud a los comercializadores primarios de los equipos, sobre la duda del verificador respecto a la validez de los registros sanitarios aportados por el Hospital.</p> <p>2. Se realiza consulta ante el Invima, sobre la duda del verificador respecto a la validez de los registros sanitarios aportados por el Hospital.</p> <p>3. Se realiza proceso de baja de aquellos dispositivos (fonendoscopios) sobre los que no se les puede realizar trazabilidad de ingreso al Hospital, ni de registro sanitario.</p>	En proceso de implementación
36	SGIC	ES-GI C-GC -R1	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción, estandarización, normalización, despliegue e implementación de la documentación, guías e instructivos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control	Inoportunidad en la Normalización de documentación en el SIGC. Cambio de la normatividad de la resolución 3100 de 2019 que solicita documentación específica en procesos prioritarios	Ajuste de la documentación técnica clínica basada en la resolución 3100 de 2019	En proceso de implementación
37	SGIC	ES-GI C-GC -R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al cierre de servicios que son parte del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	<p>Falta de cierre de acciones correctivas de las auditorías de autoevaluación de habilitación</p> <p>Falta de competencia del personal al realizar la autoevaluación</p> <p>Cambios de infraestructura sin la adecuada gestión del cambio</p> <p>falta de seguimiento al mantenimiento de equipos biomédicos</p> <p>inadecuado seguimiento al plan de capacitaciones orientado al cumplimiento normativo</p>	<p>Contratación de personal idóneo para la autoevaluación y capacitación el personal en la norma de habilitación</p> <p>Realización de controles a los seguimientos del plan de mantenimiento de infraestructura física y equipos biomédicos</p> <p>Implementación de gestión del cambio para la infraestructura bajo la normatividad de la 3100</p> <p>Auditorías de visitas de Calidad de manera periódica para corrección de las desviaciones en los estándares de acreditación y habilitación</p>	En proceso de implementación

	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Nro	Proceso	No	Riesgo	Análisis de causas	Corrección	Estado de implementación
					Control de seguimiento a capacitaciones de personal vinculado y agremiado	
38	SGIC	ES-GI C-GC -R5	<i>Posibilidad de afectación legal y reputacional debido al desconocimiento del sistema de gestión integral de la calidad,</i>	<i>Inadecuado entrenamiento en los puestos de trabajo, inducción falta de gestión del conocimiento 6. Alta rotación del personal de los grupos de servicios y grupos de mejoramiento 7. No adherencia al modelo de mejoramiento institucional 8. Falta de apropiación de líderes y su equipo de trabajo en el modelo de mejoramiento institucional</i>	<i>Realizar un seguimiento a la oportunidad de digitalización de los certificados en la historia Generar un cronograma para la actualización de los certificados del personal asistencial 44-AsEJ4 definir la efectividad del plan de mejoramiento único de las acciones identificadas en la auditoria de la secretaria de Salud y la Supersalud con relación a la ruta de violencia sexual. a través del nuevo comité de violencias sexuales. Radicando las actas a través de la plataforma eurodoc.</i>	<i>En proceso de implementación</i>

Cuadro N°2. Riesgos Materializados.

Del cuadro anterior, se desprende que, de los 38 riesgos materializados durante el año 2022, únicamente se han ejecutado las acciones correctivas para 13 de ellos, lo que equivale al 33% los 25 riesgos restantes están en proceso de implementación. Esta situación plantea un escenario donde la efectividad de los controles puede ser deficiente, resultando en la repetición de riesgos materializados durante el presente período.

b. Criterios.

Formato de materialización de riesgos 2022

c. Riesgo.

Probabilidad de exposición de la organización a amenazas no controladas, aumentado la posibilidad de eventos no deseados que pudieran afectar negativamente los objetivos y operaciones.

d. Recomendación.

Implementar las acciones correctivas para los 26 riesgos restantes, a fin de mejorar la efectividad de los controles y prevenir la recurrencia de riesgos en el período actual.

e. Posición del auditado.

	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

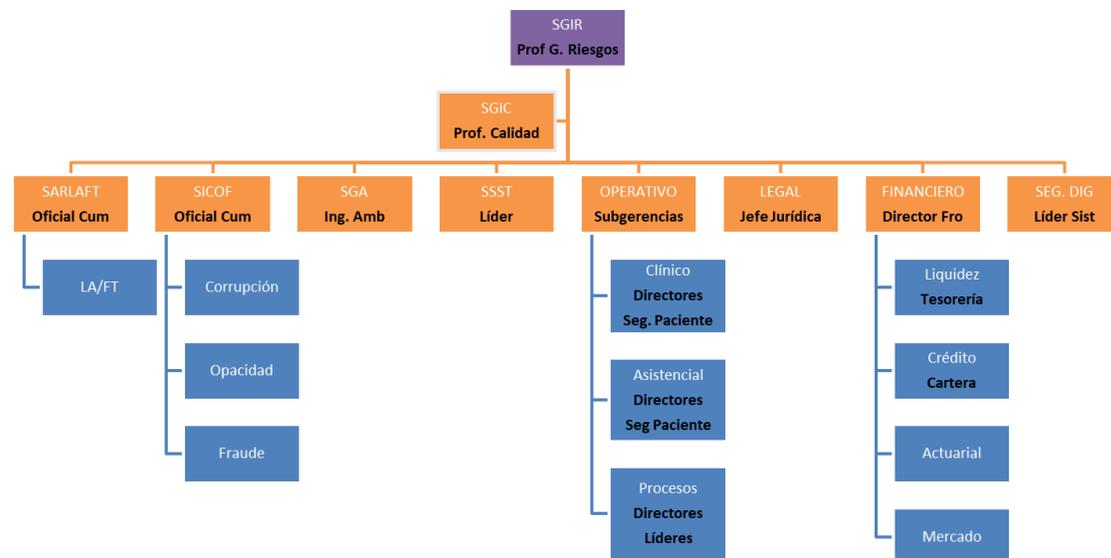
f. Plan de mejoramiento.

3.2 Para mejorar el proceso de Riesgos y control.

Sistema de Gestión Integral de Riesgos: Subsistemas

El Sistema de Gestión Integral de Riesgos es una estructura clave para las entidades, marcada por la Circular Externa 000009 de 2016 y su modificación, la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021. Este sistema se compone de tres pilares fundamentales: el Código de Conducta y Buen Gobierno, los Subsistemas de Administración de Riesgos y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Estos componentes proporcionan el marco necesario para promover una cultura organizacional sólida, garantizar una gestión efectiva de riesgos y fomentar la transparencia y la ética en todas las operaciones de la entidad. Esta estructura integrada no solo busca mitigar riesgos, sino también promover la responsabilidad corporativa y la confianza en la gestión empresarial.

A continuación, Se relaciona la estructura de los subsistemas del Sistema de Gestión Integral de Riesgos del HGM:



Fuente: Oficina de Calidad y Planeación – SGIR Agosto 2023

Se llevó a cabo la técnica de auditoría de indagación con los líderes de los subsistemas, centrada en analizar la matriz de riesgos y el seguimiento de controles, con el objetivo de evaluar su efectividad. Este proceso identificó oportunidades claras de mejora en cada subsistema, destacando áreas específicas para fortalecer y optimizar el manejo de riesgos y el cumplimiento de controles.

Se revisa la efectividad de los controles asociados a cada riesgo identificado, abarcando su diseño, ejecución y eventual materialización. En el diseño de estos controles, se enfoca en dirigir la identificación de los riesgos inherentes al proceso. Es crucial destacar que los subsistemas implican la revisión minuciosa de los riesgos identificados y el diseño de los controles establecidos en la matriz de riesgos actual. Se consideran aspectos específicos en el diseño de controles, como la asignación y segregación de responsabilidades, la autoridad del responsable, la periodicidad, el propósito, la actividad de control, el seguimiento de desviaciones y la evidencia del control implementado.

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. Descripción.

Riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM.

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes **riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM.**

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a que los miembros de Junta Directiva, los colaboradores, los proveedores, los clientes de la entidad e instituciones educativas estén relacionados con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT y financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva PADM
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la recepción de dinero de usuarios e individuos relacionados con Lavado de Activos y financiación del Terrorismo (LAFT) y financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva PADM.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- ES-PLI-GP-R12-C1: El Oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia, validando en listas restrictivas de riesgo LA/FT/FPADM al inicio y durante la relación laboral, contractual, comercial, de prestación de servicios y/o de convenios, los procesos deberán tener estricta adherencia al procedimiento de SARLAFT (vinculación de personal, proveedores, clientes, donaciones e instituciones educativas) y cada año el personal, los proveedores, clientes e instituciones deberán realizar la actualización de datos.
- ES-PLI-GP-R12-C2: El Oficial de cumplimiento y la dirección de gestión humana, deberán garantizar la capacitación a los funcionarios que intervienen en los

procesos relacionados con las contrapartes y, en general, a todos los funcionarios, contratistas y terceros del Hospital en LA/FT/FPADM.

- ES-PLI-GP-R13-C1: Las auxiliares administrativas del proceso de facturación deberán identificar a los usuarios o particulares que paguen sumas iguales o superiores a 5 millones de pesos y garantizar el diligenciamiento del "formato de conocimiento y declaración voluntaria de origen de fondos de usuarios particulares" la líder de tesorería cada mes entrega a la Oficial de Cumplimiento informe de todas las operaciones en efectivo realizadas y entrega vía correo electrónico los formatos diligenciados que cumplen con los topes establecidos la oficial de cumplimiento recibe la información y realiza los informes y reportes a la UIAF cada mes.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

- ES-PLI-GP-R12-C1: El Oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia, validando en listas restrictivas de riesgo LA/FT/FPADM al inicio y durante la relación laboral, contractual, comercial, de prestación de servicios y/o de convenios, los procesos deberán tener estricta adherencia al procedimiento de SARLAFT (vinculación de personal, proveedores, clientes, donaciones e instituciones educativas) y cada año el personal, los proveedores, clientes e instituciones deberán realizar la actualización de datos.
- ES-PLI-GP-R12-C2: El Oficial de cumplimiento y la dirección de gestión humana, deberán garantizar la capacitación a los funcionarios que intervienen en los procesos relacionados con las contrapartes y, en general, a todos los funcionarios, contratistas y terceros del Hospital en LA/FT/FPADM.
- ES-PLI-GP-R13-C1: Las auxiliares administrativas del proceso de facturación deberán identificar a los usuarios o particulares que paguen sumas iguales o superiores a 5 millones de pesos y garantizar el diligenciamiento del "formato de conocimiento y declaración voluntaria de origen de fondos de usuarios particulares" la líder de tesorería cada mes entrega a la Oficial de Cumplimiento informe de todas las operaciones en efectivo realizadas y entrega vía correo electrónico los formatos diligenciados que cumplen con los topes establecidos la oficial de cumplimiento recibe la información y realiza los informes y reportes a la UIAF cada mes.

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

La efectividad de los controles se puede calificar como:

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

El subsistema de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM cuenta con 2 riesgos y 3 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- ES-PLI-GP-R12-C1: El Oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia, validando en listas restrictivas de riesgo LA/FT/FPADM al inicio y durante la relación laboral, contractual, comercial, de prestación de servicios y/o de convenios, los procesos deberán tener estricta adherencia al procedimiento de SARLAFT (vinculación de personal, proveedores, clientes, donaciones e instituciones educativas) y cada año el personal, los proveedores, clientes e instituciones deberán realizar la actualización de datos.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
----------	---

Es evaluado efectivo. La efectividad de la evaluación se fundamenta en la minuciosa diligencia del Oficial de Cumplimiento, quien lleva a cabo exhaustivas validaciones en listas restringidas de riesgo relacionadas con Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM). Este proceso de validación se realiza tanto al inicio como durante todas las fases de las relaciones laborales, contractuales, comerciales, de prestación de servicios y/o de acuerdos. Es imperativo que estos procesos se adhieran estrictamente al procedimiento de SARLAFT, que abarca la vinculación de personal, proveedores, clientes, donaciones e instituciones educativas.

- ES-PLI-GP-R12-C2: El Oficial de cumplimiento y la dirección de gestión humana, deberán garantizar la capacitación a los funcionarios que intervienen en los procesos relacionados con las contrapartes y, en general, a todos los funcionarios, contratistas y terceros del Hospital en LA/FT/FPADM.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022



Es parcialmente efectivo, ya que no se asegura la capacitación de todos los empleados involucrados en los procedimientos asociados con las contrapartes, así como tampoco se extiende esta capacitación a todos los miembros del personal, contratistas y terceros del Hospital en lo referente a Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM).

- ES-PLI-GP-R13-C1: Las auxiliares administrativas del proceso de facturación deberán identificar a los usuarios o particulares que paguen sumas iguales o superiores a 5 millones de pesos y garantizar el diligenciamiento del "formato de conocimiento y declaración voluntaria de origen de fondos de usuarios particulares" la líder de tesorería cada mes entrega a la Oficial de Cumplimiento informe de todas las operaciones en efectivo realizadas y entrega vía correo electrónico los formatos diligenciados que cumplen con los topes establecidos la oficial de cumplimiento recibe la información y realiza los informes y reportes a la UIAF cada mes.



Es evaluado efectivo debido a que mensualmente, en los primeros 10 días, se reportan de manera sistemática a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) los detalles concretos de los pagos a proveedores y los procedimientos financieros. Este reporte incluye transacciones individuales superiores a \$5 millones y transacciones conjuntas que superan los \$25 millones, o informa sobre la inexistencia de tales transacciones. La responsable de Tesorería facilita este informe mensual que contiene la información de las transacciones del período en análisis. Además de estos reportes objetivos, también se notifican a la UIAF las operaciones sospechosas o se reporta la falta de estas dentro del mismo marco temporal.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Posible verificación inadecuada de la identidad del cliente.
- Posibilidad de escaso monitoreo de transacciones sospechosas.
- Posible de falta de capacitación para el personal involucrado en la identificación y prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Posibles deficiencias en el reporte a autoridades competentes: La omisión en el reporte oportuno y adecuado de transacciones sospechosas a las autoridades pertinentes, lo que podría permitir la continuidad de actividades ilícitas sin la intervención necesaria

d. Recomendación.

- Implementar un programa integral de capacitación. Esta capacitación debe abarcar todos los empleados que intervienen en los procesos relacionados con las contrapartes, así como a todo el personal, contratistas y terceros vinculados al Hospital.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

Riesgos subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (sicof).

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes **riesgos de lavado de corrupción, opacidad y fraude**.

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a pagar y/o recibir sobornos en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la malversación (desviación de activos) en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a conflicto de intereses en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a clientelismo, favoritismo y nepotismo en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a puerta giratoria en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a captura reglamentaria (captura de estados) en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al tráfico de influencias en alguno de los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para el otorgamiento de una licencia / celebración de contrato / de emisión de un concepto.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- ES-PLI-GP-R4-C1: Los responsables de la "Política de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción" deben implementarla y evaluarla mínimo una vez al año.
- ES-PLI-GP-R4-C2: El Comité de Contratación, de compras de adquisiciones o quien haga sus veces en la entidad, cada vez que se reúna para definir los términos de referencia para un contrato del proceso de Gestión de la adquisición de bienes y servicios, debe solicitarle a sus integrantes abstenerse de realizar reuniones individuales con los proveedores y de compartirles información de la que tengan

conocimiento en ejercicio de sus funciones, so pena de incurrir en falta disciplinaria, de lo cual debe quedar evidencia en las reuniones.

- ES-PLI-GP-R4-C3: El oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia a los terceros, a los convenios docencia servicio y personal que ingresan a la entidad acorde a lo establecido en el procedimiento y la dirección de gestión humana deberá capacitar a todos los funcionarios de la entidad y a los terceros en ética y definir un código de conducta y revisarlo periódicamente.
- ES-PLI-GP-R5-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.
- ES-PLI-GP-R5-C2: La Oficial de cumplimiento cada que ingrese un funcionario o un tercero deberá realizar la debida diligencia acorde a lo establecido en el procedimiento de SARLAFT, e informar al proceso de gestión de la adquisición de bienes y servicios y administración del personal.
- ES-PLI-GP-R6-C1: Los responsables de los procesos, deberán implementar la "Política para el manejo de conflicto de interés" para la prevención de la corrupción y compartirlas en los grupos de interés y el responsable de la política deberá evaluarla una vez al año.
- ES-PLI-GP-R7-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán implementar la "Política o código de integridad"; la "Política de transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"; y la "Política para el manejo de conflicto de intereses" y cada responsable de la política deberá de evaluar su impacto mínimo una vez al año.
- ES-PLI-GP-R7-C2: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.
- ES-PLI-GP-R8-C1. El oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia a los terceros, a los convenios docencia servicio y personal que ingresan a la entidad acorde a lo establecido en el procedimiento y la dirección de gestión humana deberá capacitar a todos los funcionarios de la entidad y a los terceros en ética y definir un código de conducta y revisarlo periódicamente.
- ES-PLI-GP-R9-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán implementar la "Política o código de integridad"; la "Política de transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"; y la

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

"Política para el manejo de conflicto de intereses" y cada responsable de la política deberá de evaluar su impacto mínimo una vez al año.

- ES-PLI-GP-R9-C2: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.
- ES-PLI-GP-R10-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán implementar la "Política o código de integridad"; la "Política de transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"; y la "Política para el manejo de conflicto de intereses" y cada responsable de la política deberá de evaluar su impacto mínimo una vez al año.
- ES-PLI-GP-R10-C2: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.
- ES-PLI-GP-R11-C1: Los responsables de los procesos y la dirección de gestión humana deberán divulgar el Código de Ética y de Buen Gobierno Corporativo y los Principios Y Valores de la entidad, todos los involucrados en los procesos deberán implementarlo.

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

La efectividad de los controles se puede calificar como:

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (Sicof) se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

El subsistema de subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (Sicof) cuenta con 8 riesgos y 14 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- ES-PLI-GP-R4-C1: Los responsables de la "Política de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción" deben implementarla y evaluarla mínimo una vez al año.



Es parcialmente efectivo. Debido a la existencia de una política de transparencia y acceso a la información pública, la cual fue aprobada en agosto de este año. Sin embargo, al ser reciente su aprobación, aún no se ha evaluado ni implementado su aplicación práctica.

- ES-PLI-GP-R4-C2: El Comité de Contratación, de compras de adquisiciones o quien haga sus veces en la entidad, cada vez que se reúna para definir los términos de referencia para un contrato del proceso de Gestión de la adquisición de bienes y servicios, debe solicitarle a sus integrantes abstenerse de realizar reuniones individuales con los proveedores y de compartirlas información de la que tengan conocimiento en ejercicio de sus funciones, so pena de incurrir en falta disciplinaria, de lo cual debe quedar evidencia en las reuniones.



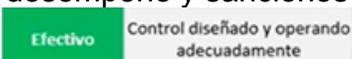
Es evaluado inefectivo debido a que se materializó el riesgo de fuga de información hacia un proveedor, y hasta el momento no se tiene constancia de que se haya tomado alguna medida disciplinaria contra el empleado responsable.

- ES-PLI-GP-R4-C3: El oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia a los terceros, a los convenios docencia servicio y personal que ingresan a la entidad acorde a lo establecido en el procedimiento y la dirección de gestión humana deberá capacitar a todos los funcionarios de la entidad y a los terceros en ética y definir un código de conducta y revisarlo periódicamente.



Se lleva a cabo un proceso efectivo de la debida diligencia, la cual abarca la revisión de listas restrictivas y de control, culminando en la elaboración de un informe por parte del oficial de cumplimiento.

- ES-PLI-GP-R5-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.



	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es evaluado efectivo. La institución cuenta con un procedimiento para la selección de funcionarios y colaboradores que garantiza una evaluación integral del personal responsable de la toma de decisiones. Este proceso incluye la verificación de su historial, conocimiento del sector, logros, desempeño y posibles sanciones pendientes o aplicadas.

- ES-PLI-GP-R5-C2: La Oficial de cumplimiento cada que ingrese un funcionario o un tercero deberá realizar la debida diligencia acorde a lo establecido en el procedimiento de SARLAFT, e informar al proceso de gestión de las adquisiciones de bienes y servicios y administración del personal.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. El oficial de cumplimiento realiza informes exhaustivos detallando la debida diligencia llevada a cabo con contratistas y proveedores al momento de su incorporación a la institución, los cuales son debidamente remitidos al área correspondiente.

- ES-PLI-GP-R6-C1: Los responsables de los procesos, deberán implementar la "Política para el manejo de conflicto de interés" para la prevención de la corrupción y compartirlas en los grupos de interés y el responsable de la política deberá evaluarla una vez al año.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Es evaluado inefectivo. A pesar de contar con una política de conflictos de intereses, no se dispone de un sistema que vincula a los proveedores con sus personas asociadas, lo que imposibilita la verificación de posibles relaciones con empleados de la institución. Esto afecta la prevención de la corrupción y la compartición de información relevante en los grupos de interés.

- ES-PLI-GP-R7-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán implementar la "Política o código de integridad"; la "Política de transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"; y la "Política para el manejo de conflicto de intereses" y cada responsable de la política deberá de evaluar su impacto mínimo una vez al año.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Es evaluado Inefectivo. A pesar de la existencia de la 'Política o código de integridad', la 'Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción' y la 'Política para el manejo de conflictos de intereses ', la institución carece de un mecanismo establecido para implementar, evaluar y medir el impacto de estas políticas. Esta ausencia limita su implementación efectiva y la evaluación de está.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- ES-PLI-GP-R7-C2: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. La institución cuenta con un procedimiento para la selección de funcionarios y colaboradores que garantiza una evaluación integral del personal responsable de la toma de decisiones. Este proceso incluye la verificación de su historial, conocimiento del sector, logros, desempeño y posibles sanciones pendientes o aplicadas.

- ES-PLI-GP-R8-C1. El oficial de cumplimiento deberá realizar la debida diligencia a los terceros, a los convenios docencia servicio y personal que ingresan a la entidad acorde a lo establecido en el procedimiento y la dirección de gestión humana deberá capacitar a todos los funcionarios de la entidad y a los terceros en ética y definir un código de conducta y revisarlo periódicamente.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Se lleva a cabo un proceso efectivo de diligencia debida, el cual abarca la revisión de listas restrictivas y de control, culminando en la elaboración de un informe por parte del oficial de cumplimiento.

- ES-PLI-GP-R9-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán implementar la "Política o código de integridad"; la "Política de transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"; y la "Política para el manejo de conflicto de intereses" y cada responsable de la política deberá de evaluar su impacto mínimo una vez al año.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Es inefectivo. A pesar de la existencia de la 'Política o código de integridad', la Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción' y la 'Política para el manejo de conflictos de intereses ', la institución carece tanto de un mecanismo establecido como de una estructura adecuada para implementar, evaluar y medir el impacto de estas políticas. Esta ausencia limita la implementación efectiva y la evaluación de su efectividad.

- ES-PLI-GP-R9-C2: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022



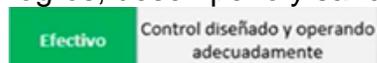
Es evaluado efectivo. La institución cuenta con un procedimiento para la selección de funcionarios y colaboradores que garantiza una evaluación integral del personal responsable de la toma de decisiones. Este proceso incluye la verificación de su historial, conocimiento del sector, logros, desempeño y posibles sanciones pendientes o aplicadas.

- ES-PLI-GP-R10-C1: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán implementar la "Política o código de integridad"; la "Política de transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"; y la "Política para el manejo de conflicto de intereses" y cada responsable de la política deberá de evaluar su impacto mínimo una vez al año.



Es inefectivo. A pesar de la existencia de la Política o código de integridad, la Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción' y la 'Política para el manejo de conflictos de intereses ', la institución carece tanto de un mecanismo establecido como de una estructura adecuada para implementar, evaluar y medir el impacto de estas políticas. Esta ausencia limita su implementación efectiva y la evaluación de su efectividad.

- ES-PLI-GP-R10-C2: El gerente, subgerentes, directores, líderes de procesos deberán garantizar una adecuada selección, entrenamiento y evaluación del personal tomador de decisiones verificando trayectoria, conocimiento del sector, logros, desempeño y sanciones en curso o ejecutoriadas.



Es evaluado efectivo. La institución cuenta con un procedimiento para la selección de funcionarios y colaboradores que garantiza una evaluación integral del personal responsable de la toma de decisiones. Este proceso incluye la verificación de su historial, conocimiento del sector, logros, desempeño y posibles sanciones pendientes o aplicadas.

- ES-PLI-GP-R11-C1: Los responsables de los procesos y la dirección de gestión humana deberán divulgar el Código de Ética y de Buen Gobierno Corporativo y los Principios Y Valores de la entidad, todos los involucrados en los procesos deberán implementarlo.



Es parcialmente efectivo. Existe la necesidad de que los responsables de los procesos y la dirección de gestión humana promuevan activamente la difusión del

Código de Ética y Buen Gobierno Corporativo, así como los Principios y Valores de la entidad. Es crucial que todos los involucrados en los procesos se comprometan a implementar y seguir estas directrices.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Posible ausencia de reportes transparentes debido a que no se establecen mecanismos claros para reportar posibles actos de corrupción u opacidad.
- Posible deficiencia en cultura organizacional debido a la falta de fomentar activamente la transparencia y la integridad.
- Posibilidad de deficiencia en capacitación y sensibilización sobre temas de ética, integridad y prevención de corrupción.
- Posibilidad de escasa supervisión y control en los procesos institucionales.

d. Recomendación.

- Implementar la política de transparencia y acceso a la información pública, recientemente aprobada en agosto de este año que incluya la capacitación del personal pertinente, la definición de procedimientos claros para su aplicación y la designación de responsables para su seguimiento y evaluación periódica.
- Establecer directrices claras y comunicativas que prohíban a sus integrantes llevar a cabo reuniones individuales con proveedores para definir los términos de referencia en los contratos de adquisición. Estas directrices deben incluir la prohibición de compartir información privilegiada con proveedores, en línea con las normativas de ética y prevención de conflictos de interés.
- Implementar la "Política para el manejo de conflictos de intereses" como parte integral de las prácticas de prevención de la corrupción. Es fundamental que esta política se comparta y se socialice ampliamente entre los grupos de interés relevantes de la organización. Además, se recomienda que el responsable designado para esta política realice evaluaciones regulares, al menos anualmente, para verificar su efectividad y relevancia. Estas evaluaciones deben incluir la retroalimentación de los involucrados, permitiendo así ajustes o mejoras que fortalezcan la aplicación práctica y la comprensión de la política, asegurando su alineación con las necesidades cambiantes de la entidad y la prevención efectiva de conflictos de interés.
- Establecer un mecanismo claro para la implementación, evaluación y medición del impacto de las políticas existentes: el 'Código de Integridad', la 'Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción' y la 'Política para el Manejo de Conflictos de Intereses'. Este marco debería incluir asignación de responsabilidades claras, procedimientos operativos y métricas de evaluación. Es crucial que se designe un equipo responsable para la implementación y seguimiento de estas políticas, asegurando su integración en las prácticas diarias de la institución. Además, se sugiere realizar evaluaciones periódicas y análisis de

impacto para identificar áreas de mejora y garantizar que estas políticas sean efectivas en la prevención de situaciones conflictivas y en la promoción de una cultura organizacional íntegra y transparente.

- Divulgar de manera proactiva y constante la difusión del Código de Ética y Buen Gobierno Corporativo, junto con los Principios y Valores de la entidad. Para lograr una implementación efectiva, es esencial que todos los participantes en los procesos no solo conozcan, sino que también se comprometan a seguir estas directrices. Esto puede lograrse a través de campañas de comunicación estratégicas, capacitaciones periódicas y la integración de estos valores en los procedimientos operativos estándar.
- Actualizar la base de datos de todos los proveedores vigentes en la institución.
- Poner en funcionamiento la línea de transparencia junto con sus mecanismos de divulgación. Asimismo, es crucial garantizar que el comité de transparencia se reúna regularmente, al menos bimensualmente, sin excepción. Es imperativo que durante estas reuniones se tramiten y aborden todas las quejas presentadas, brindando una respuesta oportuna a las preocupaciones planteadas en septiembre y en todas las fechas previstas. Esta acción no solo fortalecerá la confianza en el proceso de transparencia, sino que también permitirá una gestión más eficiente y efectiva de las inquietudes planteadas por parte de la comunidad.

Observación de Auditoría Interna N° 6.

a. Descripción.

Riesgos de Gestión Ambiental.

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes **riesgos ambientales**:

- Posibilidad de incumplimiento legal por falta de identificación y valoración de normatividad relacionada con aspectos ambientales aplicables al Sistema de Gestión Ambiental del Hospital.
- Posibilidad de afectación legal debido incumplimiento a requisitos ambientales por dificultades en la Gestión Integral de los Residuos Peligrosos Hospitalarios y Similares.
- Posibilidad de afectación económica debido a la ausencia de gestión del conocimiento y fomento de buenas prácticas ambientales, por desperdicio de recursos naturales debido a la alta rotación de personal.
- Posibilidad de afectación económica, legal, y reputacional debido a la inadecuada gestión del conocimiento y fomento de buenas prácticas ambientales, por actividades que producen contaminación ambiental y debido a la alta rotación de personal.
- Posibilidad de afectación económica y legal, debido a la inoportunidad en la gestión de adquisiciones de bienes y servicios generando desabastecimiento de materias

primas e insumos requeridos por el proceso de gestión ambiental para el manejo de residuos hospitalarios.

- Posibilidad de afectación reputacional debido a la inadecuada gestión del conocimiento y fomento de buenas prácticas ambientales en población general de interés, pacientes y visitantes, que generan desviaciones en manejo ambiental Institucional.
- Posibilidad de afectación reputacional debido a la ausencia de un programa de intervención sobre la generación de plagas dentro de la infraestructura del hospital.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- AP-GRF-AM-R1-C1. El profesional Ingeniero Ambiental es el encargado de realizar las consultas y seguimiento a normas emergentes usando el FORMATO ACTUALIZACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS AP-GHU-SO002F01 para la identificación y verificación de la normatividad aplicable.
- AP-GRF-AM-R1-C2. El profesional Ingeniero Ambiental asiste de manera mensual al Comité SYSOMA y verifican la ejecución y pormenores del SGA y cada mes en el Comité ESTÁNDAR DE AMBIENTE FÍSICO se verifican las condiciones que tienen que ver con el componente ambiental de la infraestructura física del hospital conforme al SGIC y cada mes en el COMITÉ DE GESTIÓN DE RIESGOS se socializan los riesgos y controles de los riesgos.
- AP-GRF-AM-R1-C3. El profesional Ingeniero Ambiental es el responsable de la Verificación del cumplimiento de requisitos, monitoreo e Informes ambientales mediante el formato MATRIZ GENERAL DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS (SST y GA) AP-GRF-AM002D01
- AP-GRF-AM-R2-C1. El supervisor del contrato es responsable de hacer Seguimiento al Cumplimiento de las disposiciones dadas según Procedimiento de Supervisión e Interventoría de Contratos AP-GRF-BI006.
- AP-GRF-AM-R2-C2. El profesional Ingeniero Ambiental se encarga de hacer la Inspección en las instalaciones del proveedor usando para esta actividad la Lista de chequeo para evaluar criterios de SST y ambientales AP-GRF-BI006F08
- AP-GRF-AM-R3-C1. El profesional Ingeniero Ambiental es el responsable de hacer Seguimiento al consumo de recursos (agua, energía, gas) Campañas ambientales.
- AP-GRF-AM-R3-C2. El profesional Ingeniero Ambiental es el responsable de hacer Seguimiento a indicadores ambientales
- AP-GRF-AM-R4-C1. El profesional Ingeniero Ambiental en compañía de del experto de la ARL deben realizar Seguimiento a las disposiciones dadas en el programa de

	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

manejo seguro de sustancias químicas Caracterización de agua potable, aguas residuales, emisiones atmosféricas (NOx y Gases de Combustión)

- AP-GRF-AM-R5-C1. El área de almacén debe definir stock mínimo de insumos, el área de suministros debe recordar al personal que informe oportunamente las necesidades de insumos; el área de Gestión Ambiental hará las solicitudes de compras de acuerdo con las necesidades del proceso.
- AP-GRF-AM-R6-C1. El profesional Ingeniero Ambiental con acompañamiento del área de Comunicaciones debe establecer estrategias de comunicación para difundir el SGA, realizar periódicamente capacitaciones al personal interno
- AP-GRF-AM-R7-C1. El profesional Ingeniero Ambiental y Apoyo Logístico deberán programar actividades de fumigación periódica para evitar la proliferación de plagas

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

La efectividad de los controles se puede calificar como:

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema de Gestión Ambiental se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

El subsistema de Gestión Ambiental cuenta con 7 riesgos y 11 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- AP-GRF-AM-R1-C1. El profesional Ingeniero Ambiental es el encargado de realizar las consultas y seguimiento a normas emergentes usando el FORMATO ACTUALIZACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS AP-GHU-SO002F01 para la identificación y verificación de la normatividad aplicable.

- AP-GRF-AM-R1-C2. El profesional Ingeniero Ambiental asiste de manera mensual al Comité SISOMA y verifican la ejecución y pormenores del SGA y cada mes en el Comité ESTANDAR DE AMBIENTE FISICO se verifican las condiciones que tienen que ver con el componente ambiental de la infraestructura física del hospital conforme al SGIC y cada mes en el COMITÉ DE GESTIÓN DE RIESGOS se socializan los riesgos y controles de los riesgos.
- AP-GRF-AM-R1-C3. El profesional Ingeniero Ambiental es el responsable de la Verificación del cumplimiento de requisitos, monitoreo e Informes ambientales

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. La efectividad se logra mediante el seguimiento y actualización constante de la matriz de requisitos legales, revisando periódicamente la gaceta oficial. El comité Sysoma se encarga de analizar las nuevas normativas y evaluar su pertinencia para la institución. Durante el segundo semestre de este año, se contrató una consultoría para mantener nuestra gestión ambiental acorde con los lineamientos de la ISO 14001. Uno de los aspectos revisados incluyó la identificación de requisitos legales aplicables y no aplicables.

- AP-GRF-AM-R2-C1. El supervisor del contrato es responsable de hacer Seguimiento al Cumplimiento de las disposiciones dadas según Procedimiento de Supervisión e Interventoría de Contratos AP-GRF-BI006.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Debido a que se lleva a cabo una evaluación mensual de la satisfacción con las obligaciones contractuales para el pago de honorarios. Anualmente, se realiza una auditoría de la gestión de residuos, tanto en campo como en la planta. Además, se realizan visitas mensuales de inspección en los servicios administrativos y asistenciales, con informes correspondientes. También se llevan a cabo capacitaciones anuales y campañas de sensibilización sobre el manejo de residuos. Durante el período en cuestión, se implementó con éxito un nuevo código de colores.

- AP-GRF-AM-R2-C2. El profesional Ingeniero Ambiental se encarga de hacer la Inspección en las instalaciones del proveedor usando para esta actividad la Lista de chequeo para evaluar criterios de SST y ambientales AP-GRF-BI006F08

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado como efectivo, ya que se lleva a cabo mensualmente un proceso de evaluación de la satisfacción respecto al cumplimiento de las obligaciones contractuales para los pagos de honorarios. Además, anualmente se efectúa una auditoría en las instalaciones para supervisar la gestión de residuos. Asimismo, cada mes se llevan a cabo inspecciones en los servicios asistenciales y administrativos, detallados en informes. Se imparten capacitaciones anuales y se organizan campañas

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

para concientizar sobre el manejo adecuado de los residuos. Durante este período, se implementó un nuevo código de colores.

- AP-GRF-AM-R3-C1. El profesional Ingeniero Ambiental es el responsable de hacer Seguimiento al consumo de recursos (agua, energía, gas) Campañas ambientales.
- AP-GRF-AM-R3-C2. El profesional Ingeniero Ambiental es el responsable de hacer Seguimiento a indicadores ambientales

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Los indicadores del proceso han sido actualizados, analizados y están siendo monitoreados de manera periódica durante la vigencia actual.

- AP-GRF-AM-R4-C1. El profesional Ingeniero Ambiental en compañía de del experto de la ARL deben realizar Seguimiento a las disposiciones dadas en el programa de manejo seguro de sustancias químicas Caracterización de agua potable, aguas residuales, emisiones atmosféricas (NOx y Gases de Combustión).

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Se evidencia la existencia de una caracterización detallada y un programa establecido para gestionar de forma segura las sustancias químicas. Además, se llevan a cabo campañas y monitoreo regular para garantizar la calidad del agua potable (dos veces), el tratamiento de aguas residuales (nueve veces), así como la supervisión de emisiones de gases de combustión (dos veces), incluyendo el monitoreo de NOX (dióxido de nitrógeno) en dos ocasiones.

- AP-GRF-AM-R5-C1. El área de almacén debe definir stock mínimo de insumos, el área de suministros debe recordar al personal que informe oportunamente las necesidades de insumos; el área de Gestión Ambiental hará las solicitudes de compras de acuerdo con las necesidades del proceso.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es parcialmente efectivo. Se materializó el riesgo debido a retrasos en la adquisición de bienes o insumos, lo que afectó parcialmente la ejecución o cumplimiento de ciertas actividades.

- AP-GRF-AM-R6-C1. El profesional Ingeniero Ambiental con acompañamiento del área de Comunicaciones debe establecer estrategias de comunicación para difundir el SGA, realizar periódicamente capacitaciones al personal interno.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Se evalúa parcialmente efectivo. Se ha proporcionado capacitación al personal interno y externo. Sin embargo, aún faltan algunas gráficas para implementar plenamente las campañas dirigidas al cliente interno y externo.

- AP-GRF-AM-R7-C1. El profesional Ingeniero Ambiental y Apoyo Logístico deberán programar actividades de fumigación periódica para evitar la proliferación de plagas.



Es parcialmente efectivo. Existe un programa establecido para el manejo de plagas. Se llevó a cabo un Plan de Choque en colaboración con la secretaría de salud y ambiental distrital para abordar la situación de los parques externos. Además, se ha realizado una campaña interna en el hospital para crear conciencia sobre el manejo adecuado de los alimentos en los puestos de trabajo.

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del subsistema, al respecto cabe anotar, que el subsistema de Gestión Ambiental deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Posibles sanciones legales.
- Posible pérdida de la acreditación por incumplimiento de normativas.
- Posibilidad de afectación de la imagen y reputación del hospital.

d. Recomendación.

- Agilizar la planificación de adquisición de bienes e insumos para mitigar riesgos potenciales y garantizar una ejecución más fluida de las actividades programadas.
- Elaborar las gráficas restantes para completar y fortalecer las campañas dirigidas al cliente interno y externo, mejorando así la efectividad de la capacitación proporcionada al personal.
- Fortalecer la supervisión continua del programa de manejo de plagas y ampliar la colaboración con entidades de salud y ambientales para abordar de manera integral y preventiva los problemas identificados en áreas externas, además de continuar y reforzar las campañas internas de concientización sobre el manejo apropiado de alimentos. en los espacios laborales del hospital.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción.

Riesgos Legales.

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes **riesgos legales**:

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al incumplimiento de la normatividad legal vigente en todos los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada gestión del conocimiento y actualización del proceso gestión jurídica.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada gestión de riesgos legales en toda la entidad.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la Inoportuna o inadecuada defensa judicial de la Entidad por parte de la Oficina Jurídica.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la Inoportunidad en el pago de los procesos judiciales.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- ES-GJU-JU-R1-C1: La jefe del área jurídica deberá garantizar el acompañamiento en todos los procesos implementando la "Política de Mejora Normativa", la "Política de defensa jurídica" (prevención del daño antijurídico) y la Ley 1712 de 2014 y gestionar oportunamente la actualización del normograma institucional; cada tres meses en el Comité Ampliado de Gerencia, se dará a conocer los ajustes o nuevas normas y los procesos involucrados en las mismas.
- ES-GJU-JU-R2-C1. El jefe de la oficina jurídica deberá ajustar la caracterización y documentación del proceso definiendo de manera clara la adecuada gestión de conocimiento, planeación del proceso e interacción con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.
- ES-GJU-JU-R3-C1. La jefe de la oficina jurídica deberá realizar asesoría y acompañamiento en la identificación, análisis y seguimiento a los riesgos legales en todos los procesos institucionales e implementar la "Política de Prevención del daño Antijurídico" en todos los procesos de la entidad y evaluar su impacto mínimo una vez al año y dar a conocer los avances de la implementación cada 3 meses en el Comité Ampliado de Gerencia y su impacto en el riesgo legal.

- ES-GJU-JU-R4-C1. La jefe de la Oficina jurídica deberá gestionar ante la alta gerencia la compra del Software de Litigio Virtual para las notificaciones judiciales y contratación de abogados para atender la defensa judicial de manera oportuna y actualizar el proceso incorporando esta herramienta tecnológica, adicionalmente a través de un tercero se garantiza la defensa judicial y cada mes la jefe jurídica realiza la supervisión a la ejecución de las actividades del contrato.
- ES-GJU-JU-R5-C1. La jefe de la oficina jurídica y la líder de tesorería deberán ajustar los procesos para dar oportunidad al pago de las demandas de la entidad.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

La efectividad de los controles se puede calificar como:

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema de Gestión Jurídica se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

El subsistema de Gestión Jurídica cuenta con 5 riesgos y 5 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno:

- ES-GJU-JU-R1-C1: El jefe del área jurídica deberá garantizar el acompañamiento en todos los procesos implementando la "Política de Mejora Normativa", la "Política de defensa jurídica" (prevención del daño antijurídico) y la Ley 1712 de 2014 y gestionar oportunamente la actualización del normograma institucional; cada tres meses en el Comité Ampliado de Gerencia, se dará a conocer los ajustes o nuevas normas y los procesos involucrados en las mismas.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
----------	---

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es efectivo. El normograma está actualizado y se realizan ajustes constantemente, los cuales cada dos meses se presentan en el plan de acción, lo que garantiza su efectividad.

- ES-GJU-JU-R2-C1. El jefe de la oficina jurídica deberá ajustar la caracterización y documentación del proceso definiendo de manera clara la adecuada gestión de conocimiento, planeación del proceso e interacción con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Se evalúa inefectivo. Debido a que la caracterización y documentación del proceso están desactualizadas, lo que no define de forma clara una gestión adecuada del conocimiento ni una interacción precisa con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.

- ES-GJU-JU-R3-C1. El jefe de la oficina jurídica deberá realizar asesoría y acompañamiento en la identificación, análisis y seguimiento a los riesgos legales en todos los procesos institucionales e implementar la "Política de Prevención del daño Antijurídico" en todos los procesos de la entidad y evaluar su impacto mínimo una vez al año y dar a conocer los avances de la implementación cada 3 meses en el Comité Ampliado de Gerencia y su impacto en el riesgo legal.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es evaluado parcialmente efectivo. A pesar de contar con una Política de Prevención del daño antijurídico actualizada, no se han implementado los despliegues en todas las áreas de la institución.

- ES-GJU-JU-R4-C1. La jefe de la Oficina jurídica deberá gestionar ante la alta gerencia la compra del Software de Litigio Virtual para las notificaciones judiciales y contratación de abogados para atender la defensa judicial de manera oportuna y actualizar el proceso incorporando esta herramienta tecnológica, adicionalmente a través de un tercero se garantiza la defensa judicial y cada mes la jefe jurídica realiza la supervisión a la ejecución de las actividades del contrato.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. El proceso opera con el software de Litigio Virtual para notificaciones judiciales y la contratación de abogados, asegurando una defensa legal oportuna y actualizada. El Jefe jurídico supervisa regularmente las actividades contratadas a través de un tercero y realiza un seguimiento mensual de los informes presentados por los abogados que gestionan la defensa judicial.

- ES-GJU-JU-R5-C1. La jefe de la oficina jurídica y la líder de tesorería deberán ajustar los procesos para dar oportunidad al pago de las demandas de la entidad.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022



Es evaluado como parcialmente efectivo. El proceso cuenta con un contador para la liquidación de las sentencias, sin embargo, los procedimientos y procesos de liquidación y pago aún no están actualizados.

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del subsistema, al respecto cabe anotar, que el subsistema de Gestión Jurídica deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Posibles sanciones legales.
- Posible pérdida de la acreditación por incumplimiento normativo.
- Posibilidad de afectación de la imagen y reputación del hospital.

d. Recomendación.

- Actualizar la caracterización y documentación del proceso para definir claramente una gestión efectiva del conocimiento y una interacción precisa con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.
- Implementar despliegues en todas las áreas de la institución a pesar de contar con una Política de Prevención del daño antijurídico actualizada, para mejorar la efectividad global del proceso
- Actualizar la caracterización y documentación del proceso para definir claramente la gestión del conocimiento y asegurar una interacción precisa con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.

Observación de Auditoría Interna N° 9.

a. Descripción.

Riesgos Seguridad y Salud en el trabajo.

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes riesgos de **seguridad y salud en el trabajo**:

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por la falta de gestionar los riesgos relacionados con condiciones inseguras en las diferentes áreas de trabajo del Hospital General de Medellín.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por la falta de gestionar los riesgos relacionados con actos inseguros en las diferentes áreas de trabajo del Hospital General de Medellín.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la presentación de enfermedades laborales por falta de intervención oportuna ante la exposición a factores de riesgo HGM.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la presentación de enfermedades de orden mental relacionadas con condiciones propias de la actividad laboral por falta de intervención oportuna.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al aumento del ausentismo por enfermedad general, por patologías susceptibles de manejo con estilos saludables de vida.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la presentación de conflictos entre colaboradores, usuarios y entre los mismos trabajadores por falta de un manejo integral de la violencia de todo tipo en los lugares de trabajo.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a pérdidas humanas y materiales ante eventos urgentes al interior de la Institución por falta de una planificación oportuna del manejo de las emergencias internas.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la materialización de riesgos legales, reputaciones y económicos por falta de alineamiento con el que hacer operacional de contratistas y terceros. (Contratación).
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al incumplimiento legal por falta de identificación y valoración de normatividad relacionada con aspectos de seguridad y salud en el trabajo.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- AP-GHU-SO-R1-C1. El equipo de SST realiza un plan de inspecciones anual por parte de SST y asesoras de Sura, en donde además se contemplen inspecciones no programadas.
- AP-GHU-SO-R1-C2. El equipo de SST comunica el plan de trabajo después de las inspecciones a los diferentes líderes y responsables de las áreas. Mensualmente.

- AP-GHU-SO-R1-C3. El equipo de SST, revisa el cumplimiento de las actividades propuestas en la inspección y verificación de dificultades y alternativas a los mismos. Mensualmente
- AP-GHU-SO-R2-C1. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL identificar y levanta procedimientos seguros e las diferentes actividades realizadas al interior de la Institución y que pueden ser un riesgo potencial para la salud. En la medida que identifique necesidades.
- AP-GHU-SO-R2-C2. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL socializa los estándares seguros, En la medida que identifique necesidades.
- AP-GHU-SO-R2-C3. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL hacer inspecciones de adherencia a los diferentes estándares reeducar y reentrenar. Mensualmente.
- AP-GHU-SO-R3-C1. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL identificar de expuestos a actividades de riesgo para desarrollar enfermedad profesional. En la medida que identifique necesidades, sin pasar de cada 6 meses.
- AP-GHU-SO-R3-C2. El médico laboral realiza exámenes médicos enfocados al riesgo, así como solicita pruebas de laboratorio. Semestralmente para grupos de riesgo o según la periodicidad definida por la normatividad.
- AP-GHU-SO-R3-C3. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL, diseña, ejecuta y controla el Programa de restricciones y reubicación laboral. Permanentemente
- AP-GHU-SO-R4-C1. Líder SST, Crea de un grupo de salud mental para intervenir desde el caso individual hasta el caso grupal adoptando las prácticas seguras de los paquetes instruccionales para reducir el riesgo de enfermedades mentales y para prevenir el cansancio del personal de salud.
- AP-GHU-SO-R4-C2. La Psicóloga de SST en asesoría con la ARL intervención a los diferentes grupos de mayor vulnerabilidad con los diferentes programas de salud mental y bienestar laboral. Permanentemente
- AP-GHU-SO-R4-C3. El equipo de SST, Crea una sala violeta o de salud mental como espacio de intervención a todos los temas de salud mental incluyendo prevención, detección y manejo oportuno de individuos y grupos
- AP-GHU-SO-R5-C1. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL realiza un perfil sociodemográfico que contenga características mórbidas de la población trabajadora para que sirva de insumo en el momento de proponer actividades de promoción y prevención. Actualización permanente.

- AP-GHU-SO-R5-C2. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL diseña, ejecuta y controla Programas de salud preventiva tales como: control de riesgo osteomuscular y cardiovascular que promocionan los estilos de vida saludable en alimentación, ejercicios y manejo de hábitos. Mínimo tres en el año.
- AP-GHU-SO-R5-C3. El médico Laboral realiza remisiones oportunas y controladas a las EPS cuando se detectan situaciones de salud prevenibles dentro del examen médico ocupacional periódico y dentro de los diferentes programas de salud de la institución. En la medida que se identifiquen.
- AP-GHU-SO-R6-C1. La Psicóloga de SST en asesoría con la ARL capacita en temas como resolución de conflictos, trato humano, comunicaciones, etc., periodicidad mensual.
- AP-GHU-SO-R6-C2. La Psicóloga de SST en asesoría con la ARL capacitan y controlan el funcionamiento del Código R como contención mecánica y medicamentosa de las personas agresivas. Mensualmente un grupo específico.
- AP-GHU-SO-R6-C3. El equipo de SST promueve y gestiona la emblemización de la institución con la cruz roja internacional en Misión Médica, permanentemente.
- AP-GHU-SO-R7-C1. Equipo de SST, con asesoría de la ARL diseña, difunde, pone en práctica y controla un plan integral para el manejo de emergencias y desastres. Permanente
- AP-GHU-SO-R7-C2. Equipo de SST, con asesoría de la ARL programa, ejecuta y valora y mejora simulacros de emergencias. Mínimo dos en el año.
- AP-GHU-SO-R7-C3. Equipo de SST, con asesoría de la ARL realiza capacitación de brigadistas en diferentes temas de manejo de desastres en sus diferentes campos de acción: evacuación, primeros auxilios, extinción de incendios. Grupales dos en el año.
- AP-GHU-SO-R8-C1. El líder de SST participa en la formulación del plan anual de adquisiciones en identificar la necesidad de las diferentes áreas en temas de SST y comunicación a las diferentes dependencias responsables de formular el P.A.A.
- AP-GHU-SO-R8-C2. Líder SST y control operacional de terceros diseñan, aplican y controlan creación de un procedimiento basado en una estrategia de ciclo de vida del tercero o contratista para que SST este participando desde la necesidad de la contratación, hasta la valoración de requisitos del contratista y finalmente la evaluación el desempeño de estos en temas de SST. Según necesidades de contratación.

- AP-GHU-SO-R8-C3. Control operacional de terceros Seguimiento permanente al control operacional en lo que se refiere al sistema de gestión de SST y la operación al interior del Hospital
- AP-GHU-SO-R9-C1. El líder SST favorece la apropiación de canales confiables de información sobre nueva normatividad. Según periodicidad del cambio normativo.
- AP-GHU-SO-R9-C2. El Líder de SST, identifica y valora oportunamente la normatividad relacionada y plan de mejora con respecto al posible incumplimiento. Según periodicidad del cambio normativo.
- AP-GHU-SO-R9-C3. Líder SST comunica en los diferentes comités de la modificación importante en temas de normatividad. Según periodicidad del cambio normativo.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

El subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo cuenta con 9 riesgos y 27 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- AP-GHU-SO-R1-C1. El equipo de SST realiza un plan de inspecciones anual por parte de SST y asesoras de Sura, en donde además se contemplen inspecciones no programadas.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
----------	---

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es efectivo. La efectividad se evidencia a través de la implementación de un plan anual de inspecciones liderado por el equipo de Salud, Seguridad y Trabajo (SST) y asesorado por profesionales de Sura. Este plan no solo incluye inspecciones regulares, sino que también considera inspecciones no programadas, asegurando así una evaluación integral y flexible de los procesos

- AP-GHU-SO-R1-C2. El equipo de SST comunica el plan de trabajo después de las inspecciones a los diferentes líderes y responsables de las áreas. mensualmente.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Se considera efectivo debido a que, tras las inspecciones realizadas, se comunica mensualmente el plan de trabajo a los líderes y responsables de cada área. Esta práctica garantiza una actualización constante y una alineación eficaz entre los equipos, permitiendo una acción ágil y coordinada para abordar cualquier hallazgo o necesidad identificada durante las inspecciones.

- AP-GHU-SO-R1-C3. El equipo de SST, revisa el cumplimiento de las actividades propuestas en la inspección y verificación de dificultades y alternativas a los mismos. Mensualmente

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Debido a que el equipo de Salud, Seguridad y Trabajo (SST) lleva a cabo una revisión constante del cumplimiento de las actividades propuestas durante las inspecciones. Además, se analizan las dificultades encontradas y se exploran alternativas para resolverlas. Este proceso se realiza de manera mensual, asegurando una supervisión y adaptación continua de las acciones propuestas.

- AP-GHU-SO-R2-C1. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL identificar y levanta procedimientos seguros en las diferentes actividades realizadas al interior de la Institución y que pueden ser un riesgo potencial para la salud. En la medida que identifique necesidades.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el respaldo de la Asesoría de Riesgos Laborales, ha logrado identificar y establecer procedimientos seguros para diversas actividades llevadas a cabo dentro de la Institución, identificando riesgos potenciales para la salud. Esta labor continúa en la búsqueda de necesidades adicionales para fortalecer aún más la seguridad.

- AP-GHU-SO-R2-C2. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL socializa los estándares seguros, En la medida que identifique necesidades.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Se evalúa efectivo. El equipo de Seguridad y salud en el trabajo, respaldado por la Asesoría de Riesgos Laborales, difunde los estándares de seguridad pertinentes, estando atentos para identificar y abordar necesidades adicionales ajustándolos conforme identifican nuevas necesidades.

- AP-GHU-SO-R2-C3. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL hacer inspecciones de adherencia a los diferentes estándares reeducar y reentrenar. Mensualmente.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con el respaldo y asesoramiento de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), lleva a cabo inspecciones periódicas para garantizar el cumplimiento de los diversos estándares. Estas inspecciones incluyen procesos de reeducación y reentrenamiento, llevados a cabo de manera mensual.

- AP-GHU-SO-R3-C1. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL identificar de expuestos a actividades de riesgo para desarrollar enfermedad profesional. En la medida que identifique necesidades, sin pasar de cada 6 meses.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con el apoyo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), identifica a los trabajadores expuestos a actividades de riesgo que podrían derivar en enfermedades profesionales. Se lleva a cabo esta identificación de necesidades de manera regular, sin superar un intervalo de seis meses.

- AP-GHU-SO-R3-C2. El médico laboral realiza exámenes médicos enfocados al riesgo, así como solicita pruebas de laboratorio. Semestralmente para grupos de riesgo o según la periodicidad definida por la normatividad.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. El médico especializado en salud laboral lleva a cabo exámenes médicos centrados en evaluar riesgos específicos y también solicita pruebas de laboratorio. Esto se realiza semestralmente para grupos identificados como de alto riesgo, o siguiendo la frecuencia estipulada por las regulaciones correspondientes.

- AP-GHU-SO-R3-C3. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL, diseña, ejecuta y controla el Programa de restricciones y reubicación laboral. Permanentemente

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es efectivo. El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con la colaboración de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), desarrolla, implementa y supervisa de forma continua el Programa de restricciones y reubicación laboral, asegurando su efectividad.

- AP-GHU-SO-R4-C1. Líder SST, Crea de un grupo de salud mental para intervenir desde el caso individual hasta el caso grupal adoptando las prácticas seguras de los paquetes instruccionales para reducir el riesgo de enfermedades mentales y para prevenir el cansancio del personal de salud.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. El líder en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) establece un equipo dedicado a la salud mental que aborda tanto casos individuales como grupales. Este equipo implementa prácticas seguras provenientes de paquetes instruccionales para mitigar el riesgo de enfermedades mentales y prevenir el agotamiento entre el personal de salud.

- AP-GHU-SO-R4-C2. La Psicóloga de SST en asesoría con la ARL intervención a los diferentes grupos de mayor vulnerabilidad con los diferentes programas de salud mental y bienestar laboral. Permanentemente

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Se debe a la Psicóloga del equipo de Salud, Seguridad y Trabajo (SST), en colaboración con la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), realiza intervenciones continuas en los distintos grupos más vulnerables. Estas intervenciones se llevan a cabo mediante diversos programas de salud mental y bienestar laboral.

- AP-GHU-SO-R4-C3. El equipo de SST, Crea una sala violeta o de salud mental como espacio de intervención a todos los temas de salud mental incluyendo prevención, detección y manejo oportuno de individuos y grupos

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. Debido a que el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) ha establecido una "sala violeta" o espacio dedicado a la salud mental, destinado a abordar integralmente todos los aspectos relacionados con la salud mental, que incluyen la prevención, detección y el manejo oportuno de situaciones tanto individuales como grupales.

- AP-GHU-SO-R5-C1. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL realiza un perfil sociodemográfico que contenga características mórbidas de la población trabajadora para que sirva de insumo en el momento de proponer actividades de promoción y prevención. Actualización permanente.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Inefectivo Control con mejoras significativas

Se ha evaluado como inefectivo debido a que el indicador de ausentismo durante este período se sitúa en un 3.46%, incumpliendo la meta establecida, lo que se traduce en 10,108 días de ausencia por incapacidades médicas. Se están implementando estrategias continuas para abordar este indicador, tales como reuniones con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), inspecciones de seguridad y un seguimiento riguroso de los hallazgos, proporcionando retroalimentación constante a los equipos de trabajo.

- AP-GHU-SO-R5-C2. El equipo de SST, con la Asesoría de la ARL diseña, ejecuta y controla Programas de salud preventiva tales como: control de riesgo osteomuscular y cardiovascular que promocionan los estilos de vida saludable en alimentación, ejercicios y manejo de hábitos. Mínimo tres en el año.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Se ha evaluado como inefectivo debido a que el indicador de ausentismo durante este período se sitúa en un 3.46%, incumpliendo la meta establecida, lo que se traduce en 10,108 días de ausencia por incapacidades médicas. Se están implementando estrategias continuas para abordar este indicador, tales como reuniones con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), inspecciones de seguridad y un seguimiento riguroso de los hallazgos, proporcionando retroalimentación constante a los equipos de trabajo.

- AP-GHU-SO-R5-C3. El médico Laboral realiza remisiones oportunas y controladas a las EPS cuando se detectan situaciones de salud prevenibles dentro del examen médico ocupacional periódico y dentro de los diferentes programas de salud de la institución. En la medida que se identifiquen.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. El médico laboral realiza remisiones a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de manera oportuna y controlada al detectar situaciones de salud prevenibles, tanto durante los exámenes médicos ocupacionales periódicos como dentro de los diversos programas de salud institucionales. Estas remisiones se realizan conforme se identifican cada situación.

- AP-GHU-SO-R6-C1. La Psicóloga de SST en asesoría con la ARL capacita en temas como resolución de conflictos, trato humano, comunicaciones, etc., periodicidad mensual.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es efectivo. Su efectividad radica en la colaboración entre la Psicóloga de SST y la ARL, quienes ofrecen capacitaciones mensuales sobre temas clave como resolución de conflictos, habilidades de trato humano, comunicación, entre otros.

- AP-GHU-SO-R6-C2. La Psicóloga de SST en asesoría con la ARL capacitan y controlan el funcionamiento del Código R como contención mecánica y medicamentosa de las personas agresivas. Mensualmente un grupo específico.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Se considera efectivo ya que la Psicóloga de SST, en colaboración con la ARL, lleva a cabo capacitaciones y supervisión mensual del funcionamiento del Código R, el cual aborda la contención mecánica y medicamentosa de individuos agresivos, focalizándose en un grupo específico.

- AP-GHU-SO-R6-C3. El equipo de SST promueve y gestiona la emblemización de la institución con la cruz roja internacional en Misión Médica, permanentemente.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Su efectividad se evidencia en la labor del equipo de Salud, Seguridad y Trabajo (SST), quienes de manera constante promueven y gestionan la emblemización de la institución con la Cruz Roja Internacional en la Misión Médica.

- AP-GHU-SO-R7-C1. Equipo de SST, con asesoría de la ARL diseña, difunde, pone en práctica y controla un plan integral para el manejo de emergencias y desastres. Permanente

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad se evidencia en la labor del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), quienes, con la asesoría de la ARL, desarrollan, difunden, implementan y supervisan de manera continua un plan integral para la gestión de emergencias y desastres.

- AP-GHU-SO-R7-C2. Equipo de SST, con asesoría de la ARL programa, ejecuta y valora y mejora simulacros de emergencias. Mínimo dos en el año.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Su efectividad se fundamenta en la labor del Equipo de Salud, Seguridad y Trabajo (SST), quienes, con la asesoría de la ARL, planifican, llevan a cabo, evalúan y perfeccionan simulacros de emergencia, realizando al menos dos por año.

- AP-GHU-SO-R7-C3. Equipo de SST, con asesoría de la ARL realiza capacitación de brigadistas en diferentes temas de manejo de desastres en sus diferentes campos

de acción: evacuación, primeros auxilios, extinción de incendios. Grupales dos en el año.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. La efectividad se demuestra mediante la acción del Equipo de Salud, Seguridad y Trabajo (SST), con apoyo de la ARL, al llevar a cabo capacitaciones para brigadistas en múltiples aspectos del manejo de desastres. Estas sesiones grupales se realizan dos veces al año y abarcan temas como evacuación, primeros auxilios y extinción de incendios en sus respectivos ámbitos de actuación.

- AP-GHU-SO-R8-C1. El líder de SST participa en la formulación del plan anual de adquisiciones en identificar la necesidad de las diferentes áreas en temas de SST y comunicación a las diferentes dependencias responsables de formular el P.A.A.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad se refleja en la participación del líder de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en la formulación del plan anual de adquisiciones (P.A.A.). Esta implicación se manifiesta al identificar las necesidades específicas de las diversas áreas en materia de SST y comunicar estas necesidades a las dependencias responsables de elaborar el P.A.A.

- AP-GHU-SO-R8-C2. El Líder SST y control operacional de terceros diseñan, aplican y controlan creación de un procedimiento basado en una estrategia de ciclo de vida del tercero o contratista para que SST este participando desde la necesidad de la contratación, hasta la valoración de requisitos del contratista y finalmente la evaluación el desempeño de estos en temas de SST. Según necesidades de contratación.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Su efectividad se debe a que el Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y el control operativo de terceros han desarrollado, implementado y supervisado la creación de un procedimiento. Este procedimiento se basa en una estrategia de ciclo de vida para terceros o contratistas, donde el área de SST participa desde la identificación de las necesidades de contratación hasta la evaluación del desempeño del contratista en temas de SST, incluyendo la evaluación de requisitos.

- AP-GHU-SO-R8-C3. Control operacional de terceros Seguimiento permanente al control operacional en lo que se refiere al sistema de gestión de SST y la operación al interior del Hospital

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es evaluado efectivo. Se considera efectivo debido a que el control operativo de terceros se realiza un seguimiento constante al sistema de gestión de Seguridad y salud en el trabajo (SST) y a las operaciones internas del Hospital.

- AP-GHU-SO-R9-C1. El líder SST favorece la apropiación de canales confiables de información sobre nueva normatividad. Según periodicidad del cambio normativo.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. Su efectividad se debe a que el líder de Salud, Seguridad y Trabajo (SST) promueve y facilita el acceso a canales confiables de información sobre nuevas normativas, adaptándose a la periodicidad con la que se producen cambios en la normativa.

- AP-GHU-SO-R9-C2. El Líder de SST, identifica y valora oportunamente la normatividad relacionada y plan de mejora con respecto al posible incumplimiento. Según periodicidad del cambio normativo.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. Se evalúa como efectivo porque el Líder de SST identifica y valora de manera oportuna la normativa relevante, además desarrolla planes de mejora para evitar posibles incumplimientos, ajustándose a la frecuencia con la que se producen cambios en la normativa.

- AP-GHU-SO-R9-C3. Líder SST comunica en los diferentes comités de la modificación importante en temas de normatividad. Según periodicidad del cambio normativo.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. Se considera efectivo porque el Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) comunica de manera oportuna y constante en los diversos comités sobre modificaciones significativas en temas normativos, adaptándose a la frecuencia con la que se producen cambios en la normativa.

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del subsistema, al respecto cabe anotar, que el subsistema de Seguridad y salud en el trabajo deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

c. Riesgo.

- Afectación del nivel de madurez de la gestión de riesgos en la institución.

d. Recomendación.

- Realizar un análisis exhaustivo para identificar las causas subyacentes del alto índice de ausentismo. Esto podría incluir encuestas de satisfacción laboral, evaluación ergonómica de los puestos de trabajo, y revisiones de las políticas de licencia médica. Este enfoque ayudaría a abordar los problemas fundamentales que contribuyen al ausentismo.
- Implementar programas de bienestar integral que promuevan la salud física y mental de los empleados. Esto podría incluir sesiones de ejercicio físico, programas de manejo del estrés, campañas de concientización sobre salud mental y políticas proactivas para prevenir lesiones en el lugar de trabajo. Estas iniciativas podrían reducir los días de ausentismo debido a enfermedades y mejorar la productividad.
- Establecer indicadores claves de rendimiento para seguir el progreso de las estrategias implementadas. Además, se recomienda una evaluación periódica para determinar la efectividad de las intervenciones. Esto proporcionará información útil para ajustar las estrategias existentes o implementar nuevas acciones correctivas si es necesario.
- Establecer una comunicación directa y efectiva con la alta gerencia para resaltar la importancia estratégica del Comité de Emergencias. Esto podría lograrse a través de sesiones informativas periódicas que resalten el impacto positivo de su compromiso en la seguridad y continuidad operativa de la organización. Además, se podría considerar la presentación de casos de éxito de otros comités similares para mostrar los beneficios tangibles que aporta su participación. Esta estrategia busca fomentar un entendimiento más profundo de la relevancia del comité y estimular un compromiso más sólido por parte de la alta gerencia.
- Establecer un sistema centralizado y accesible que documente de manera detallada las asesorías llevadas a cabo para la identificación de riesgos de seguridad y salud en el trabajo en todos los procesos institucionales. Este registro debe incluir actas o listados de asistencia que reflejen la participación de los equipos en estas sesiones. Además, se sugiere implementar un seguimiento periódico para garantizar que cada proceso haya identificado y socializado adecuadamente los riesgos identificados. Esta medida facilitará una mayor transparencia, permitiendo el monitoreo y la mejora continua en la gestión de la seguridad y salud laboral en toda la organización.
- Diseñar un plan integral de gestión del cambio que abarque todos los niveles y áreas de la institución. Este plan debería incluir estrategias claras de comunicación, capacitación y participación de los colaboradores en el proceso de cambio. Es esencial que la alta dirección lidere este proceso, demostrando su compromiso y respaldo, y sirviendo de ejemplo para fomentar la adopción de nuevos enfoques o prácticas. Además, se recomienda establecer canales de retroalimentación para recoger inquietudes y sugerencias, lo que contribuirá a una transición más fluida y exitosa hacia los nuevos modelos o procedimientos.

Observación de Auditoría Interna N° 10.

a. Descripción.

Riesgos Financieros.

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes **riesgos financieros**: Liquidez y Crédito. A continuación, se describen sus riesgos y los controles:

Riesgo Liquidez.

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación del proceso gestión de tesorería.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada gestión de ingresos financieros en el proceso gestión de tesorería.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada gestión de los egresos financieros en el proceso gestión de tesorería.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada gestión de bancos e inversiones en el proceso gestión de tesorería.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- AP-GFI-TE-R1-C1: El director financiero, el líder de tesorería deberán actualizar el proceso y su documentación mínimo cada 4 años o cada que haya un cambio normativo y este deberá quedar normalizarlo en el mapa de procesos institucional.
- AP-GFI-TE-R1-C2: El director financiero, el líder de tesorería deberán realizar cada cuatrimestre el oportuno cierre de las oportunidades de mejora y el profesional de calidad cada cuatrimestre realizará evaluación de la gestión en el plan de mejoramiento institucional.
- AP-GFI-TE-R1-C3: El director financiero, el líder de tesorería deberán identificar los riesgos del proceso de manera permanente, gestionar los indicadores, definir los controles y realizar de manera periódica el seguimiento y monitoreo a los mismos, cada 4 meses deberán documentar el seguimiento a los mismos y la profesional gestora de riesgos realizará informe del seguimiento realizado a los mismos.
- AP-GFI-TE-R2-C1: El líder de tesorería verifica la entrega de caja una vez a la semana y verifica que la anulación de los recibos esté previamente justificados y

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

mínimo una vez al mes la líder realizará arquezos de caja de manera aleatoria, de acuerdo a los formatos del proceso

- AP-GFI-TE-R3: C1: La líder de tesorería anticipa el margen de liquidez, para las operaciones semanales de acuerdo con las obligaciones adquiridas, presentando una proyección de pagos semanal, para aprobación de la gerencia general, buscando evitar el retraso en los procesos, como sería el bloqueo de los proveedores por falta de pagos y el aumento de los costos de operación por la pérdida de los descuentos, cobro de intereses, reprocesos administrativos o daño de la imagen pública del HGM.
- AP-GFI-TE-R4-C1: La líder de Tesorería de acuerdo con las cotizaciones se realiza una base de comparación y convoca al Comité de Inversiones, para seleccionar la mejor tasa y de acuerdo con los plazos establecidos en la política de inversiones, dejando todo plasmado en las actas de reunión con sus respectivos soportes cada que se da un vencimiento de una inversión.
- AP-GFI-TE-R4-C1-A2: de acuerdo con los plazos se hace un sondeo de mercado con las diferentes entidades bancarias adscritas al Hospital, convocándose a cotizar en un tiempo determinado, con el fin de conseguir la mejor rentabilidad, la cual es aprobada en comité de inversiones, de acuerdo a la política de inversión del Hospital General de Medellín.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza para alcanzar los objetivos del proceso y mitigar los riesgos identificados

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema Financiero (Riesgo de Liquidez) se califica la eficiencia de los controles como Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
----------	---

El subsistema Financiero (Riesgos de Liquidez) cuenta con 4 riesgos y 6 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- AP-GFI-TE-R1-C1: El director financiero, el líder de tesorería deberán actualizar el proceso y su documentación mínimo cada 4 años o cada que haya un cambio normativo y este deberá quedar normalizarlo en el mapa de procesos institucional.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. La efectividad del proceso, ya que su caracterización se encuentra completamente actualizada y alineada con la normativa vigente, lo que asegura su pleno cumplimiento con los estándares y regulaciones actuales.

- AP-GFI-TE-R1-C2: El director financiero, el líder de tesorería deberán realizar cada cuatrimestre el oportuno cierre de las oportunidades de mejora y el profesional de calidad cada cuatrimestre realizará evaluación de la gestión en el plan de mejoramiento institucional.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo, ya que el director financiero y el líder de tesorería llevan a cabo, cuatrimestralmente, el cierre oportuno de las oportunidades de mejora. Además, el profesional de calidad realiza una evaluación cuatrimestralmente de la gestión en el marco del plan de mejoramiento institucional, garantizando así un seguimiento continuo y riguroso de las acciones correctivas

- AP-GFI-TE-R1-C3: El director financiero, el líder de tesorería deberán identificar los riesgos del proceso de manera permanente, gestionar los indicadores, definir los controles y realizar de manera periódica el seguimiento y monitoreo a los mismos, cada 4 meses deberán documentar el seguimiento a los mismos y la profesional gestora de riesgos realizará informe del seguimiento realizado a los mismos.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad de este proceso se evidencia a través de las actividades realizadas por el director financiero y el líder de tesorería, quienes mantienen una identificación constante de los riesgos asociados al proceso. Ellos gestionan los indicadores, establecen controles y llevan a cabo un seguimiento periódico cada 4 meses, documentando minuciosamente este monitoreo. Adicionalmente, la profesional gestora de riesgos elabora informes detallados sobre el seguimiento realizado, consolidando así una gestión integral y proactiva de los riesgos identificados en el proceso.

- AP-GFI-TE-R2-C1: El líder de tesorería verifica la entrega de caja una vez a la semana y verifica que la anulación de los recibos esté previamente justificados y mínimo una vez al mes la líder realizará arqueos de caja de manera aleatoria, de acuerdo a los formatos del proceso,

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Se confirma la efectividad del proceso, ya que el líder de tesorería realiza verificaciones semanales de la entrega de caja, asegurándose de que las anulaciones de recibos estén debidamente justificadas. Además, la líder lleva a cabo arqueos de caja de forma aleatoria al menos una vez al mes, siguiendo los formatos establecidos en el proceso. Estas prácticas contribuyen a garantizar un control constante y riguroso de los flujos financieros, reforzando la integridad y transparencia en las operaciones.

- AP-GFI-TE-R3: C1: La líder de tesorería anticipa el margen de liquidez, para las operaciones semanales de acuerdo con las obligaciones adquiridas, presentando una proyección de pagos semanal, para aprobación de la gerencia general, buscando evitar el retraso en los procesos, como sería el bloqueo de los proveedores por falta de pagos y el aumento de los costos de operación por la pérdida de los descuentos, cobro de intereses, reprocesos administrativos o daño de la imagen pública del HGM.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. La efectividad se evidencia en las prácticas de la líder de tesorería, quien realiza una anticipación precisa del margen de liquidez, basada en las obligaciones adquiridas, para las operaciones semanales. Este proceso incluye la presentación de una proyección de pagos semanal, sometida a la aprobación de la gerencia. Este enfoque estratégico tiene como objetivo evitar posibles retrasos en los procesos, como bloqueos de proveedores debido a pagos pendientes, así como reducir costos operativos adicionales, tales como intereses, reprocesos administrativos o la posible afectación de la imagen pública del HGM. Estas medidas preventivas respaldan la estabilidad financiera y preservan la reputación y eficiencia operativa de la institución.

- AP-GFI-TE-R4-C1: La líder de Tesorería de acuerdo con las cotizaciones se realiza una base de comparación y convoca al Comité de Inversiones, para seleccionar la mejor tasa y de acuerdo con los plazos establecidos en la política de inversiones, dejando todo plasmado en las actas de reunión con sus respectivos soportes cada que se da un vencimiento de una inversión.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado efectivo. La líder de Tesorería, tras analizar las cotizaciones, elabora una base de comparación que sirve como referencia al convocar al Comité de Inversiones. De manera meticulosa, selecciona la opción con la tasa más beneficiosa y acorde a los plazos establecidos en la política de inversiones. Cada vencimiento de una inversión se registra en las actas de reunión, adjuntando los soportes correspondientes. Este enfoque metódico garantiza una gestión transparente y documentada de las inversiones, asegurando que todas las

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

decisiones estén respaldadas por un análisis detallado y conforme a las políticas establecidas.

- AP-GFI-TE-R4-C1-A2: de acuerdo con los plazos se hace un sondeo de mercado con las diferentes entidades bancarias adscritas al Hospital, convocándose a cotizar en un tiempo determinado, con el fin de conseguir la mejor rentabilidad, la cual es aprobada en comité de inversiones, de acuerdo con la política de inversión del Hospital General de Medellín.



La efectividad se evidencia en el proceso de sondeo de mercado realizado por el Hospital. En consonancia con los plazos establecidos, se lleva a cabo un sondeo exhaustivo entre las entidades bancarias asociadas al Hospital, convocándolas a cotizar en un periodo definido. El objetivo es asegurar la obtención de la mejor rentabilidad disponible. Posteriormente, estas propuestas son evaluadas y aprobadas por el comité de inversiones, conforme a la política de inversión específica del Hospital General de Medellín. Este enfoque estructurado y reglamentado garantiza la obtención de resultados financieros óptimos al tiempo que se mantiene la congruencia con los lineamientos de inversión establecidos por la institución.

Riesgo Crédito.

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada gestión del cobro el proceso de cartera.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada identificación y compensación de pagos en el proceso de cartera.
- Posibilidad de afectación económica y legal debido a la inadecuada entrega de cartera a cobro jurídico y preparación de soportes.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción del proceso gestión de cartera con los procesos de tesorería, facturación y glosas.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- AP-GFI-CR-R1-C1: El profesional de cartera y las auxiliares administrativas realizan cada mes las Conciliaciones en el archivo de la EAPB, la Líder del proceso de Facturación garantiza la radicación efectiva de la facturación con el Comité ampliado de Gerencia (Plan de Acción) que se realiza trimestral y Comité Financiero mensual se analiza los recaudos percibidos, las auditorías internas al área financiera y grupo de mejoramiento, mensualmente dependiendo de las

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

conciliaciones realizadas se generan acuerdos de pagos, cesiones de crédito, compra de cartera, con las diferentes aseguradoras de acuerdo con la gestión realizada por la profesional universitario cartera y Coordinador Auditoria Medica.

- AP-GFI-CR-R1-C2: Las auxiliares administrativas y el profesional universitario cartera realiza el proceso de entrega de información cada que amerite la entrega de cartera a cobro jurídico.
- AP-GFI-CR-R1-C3 El Profesional Universitario Cartera y las auxiliares administrativas cada que se procesa un estado de cuentas en Excel, validan que ese mismo saldo corresponda al cierre del mes que corresponda la Z-CIRCUNICA.
- AP-GFI-CR-R2-C1: El profesional universitario de cartera y las auxiliares administrativas hacen seguimiento diario a la identificación correcta de pagos desde el banco y la verificación de soportes por pagador antes de aplicar los pagos.
- AP-GFI-CR-R2-C2: El Tesorero pasa diario la información bancaria para que la profesional y la auxiliar administrativa verifiquen los movimientos bancarios de los pagos realizados por aseguradora o particulares. El Tesorero después de conciliar con Contabilidad informa a cartera de las partidas que quedaron pendientes por identificar.
- AP-GFI-CR-R3-C1: Las auxiliares administrativas y el profesional de cartera realiza el proceso de entrega de información cada que una entidad este en liquidación. El profesional de cartera tiene comunicación permanente con la Supersalud y entes de control, a través de las mesas de la circular 030, mesa de flujo de recursos de la Supersalud.
- AP-GFI-CR-R4-C1: El líder de contabilidad cada mes debe pasar las conciliaciones bancarias a la líder de tesorería y de cartera para identificar las partidas pendientes y la líder de tesorería realizar la gestión con el banco y disminuir las partidas pendientes por identificar.
- AP-GFI-CR-R4-C2: La profesional u de cartera para semanal el informe de las facturas sin radicar en el sistema a la líder de facturación quien deben validarlas y proceder a la radicación efectiva y oportuna.
- AP-GFI-CR-R4-C3: El líder de auditoria médica, debe garantizar que su equipo de trabajo realice las notas crédito de las conciliaciones que se realicen.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso y mitigar los riesgos identificados

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema Financiero (Riesgo de Crédito) se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

El subsistema Financiero (Riesgos de Crédito) cuenta con 4 riesgos y 9 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- AP-GFI-CR-R1-C1: El profesional de cartera y las auxiliares administrativas realizan cada mes las Conciliaciones en el archivo de la EAPB, la Líder del proceso de Facturación garantiza la radicación efectiva de la facturación con el Comité ampliado de Gerencia (Plan de Acción) que se realiza trimestral y Comité Financiero mensual se analiza los recaudos percibidos, las auditorías internas al área financiera y grupo de mejoramiento, mensualmente dependiendo de las conciliaciones realizadas se generan acuerdos de pagos, cesiones de crédito, compra de cartera, con las diferentes aseguradoras de acuerdo con la gestión realizada por la profesional universitario cartera y Coordinador Auditoria Medica.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
----------	---

La efectividad del proceso se evidencia tras la participación del profesional de cartera y las auxiliares administrativas en las mesas de trabajo relacionadas con la circular 030. Estos colaboradores realizan conciliaciones continuas con diversas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Por otra parte, la líder del proceso de facturación presenta el indicador de radicación efectiva de facturas en el Comité ampliado de Gerencia, el cual se lleva a cabo bimestralmente como parte del Plan de Acción. Además, en el Comité Financiero mensual se analizan los recaudos recibidos, las auditorías internas en el área financiera y las iniciativas de mejora del grupo. Mensualmente, basándose en las conciliaciones efectuadas, se establecen acuerdos de pagos, cesiones de crédito y la compra de cartera con distintas aseguradoras, todo en línea con la gestión desarrollada por el profesional universitario en cartera y el Coordinador de Auditoría Médica. Estas acciones periódicas reflejan un enfoque integral y continuo para garantizar la correcta gestión financiera y de cobros, así como para fortalecer las relaciones con las aseguradoras y las EAPB, promoviendo una mayor eficiencia y transparencia en los procesos financieros del Hospital.

- AP-GFI-CR-R1-C2: Las auxiliares administrativas y el profesional universitario cartera realiza el proceso de entrega de información cada que amerite la entrega de cartera a cobro jurídico.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad del proceso se sustenta en la participación de las auxiliares administrativas y el profesional universitario de cartera, quienes ejecutan el proceso de entrega de información de manera oportuna cada vez que se requiere la entrega de cartera para cobro jurídico. Además, se establecen alertas que garantizan el proceso de radicación de acreencias cuando una entidad se involucra en esta fase. Esta información se gestiona conforme a los registros facturados y asegurando la integridad de los datos contenidos en el sistema SAP. Esta diligencia sistemática y precisa asegura la consistencia entre la información entregada y la registrada en el sistema, optimizando así la gestión de cartera y la transparencia en los procedimientos contables.

- AP-GFI-CR-R1-C3 El Profesional Universitario Cartera y las auxiliares administrativas cada que se procesa un estado de cuentas en Excel, validan que ese mismo saldo corresponda al cierre del mes que corresponda la Z-CIRCUNICA.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad del proceso radica en que el Profesional Universitario de Cartera, junto con las auxiliares administrativas, realiza una validación exhaustiva al procesar el estado de cuentas en Excel. Esta validación garantiza que el saldo obtenido coincida de manera precisa con el cierre del mes correspondiente a la Z-CIRCUNICA

- AP-GFI-CR-R2-C1: El profesional universitario de cartera y las auxiliares administrativas hacen seguimiento diario a la identificación correcta de pagos desde el banco y la verificación de soportes por pagador antes de aplicar los pagos.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

La efectividad de la evaluación es parcial, ya que, a pesar de la identificación diaria de los pagos desde el banco y la verificación de soportes por pagador antes de aplicar los pagos, se han se han identificado algunas cuentas que aún no han sido debidamente identificadas

- AP-GFI-CR-R2-C2: El Tesorero pasa diario la información bancaria para que la profesional y la auxiliar administrativa verifiquen los movimientos bancarios de los pagos realizados por aseguradora o particulares. El Tesorero después de conciliar con Contabilidad informa a cartera de las partidas que quedaron pendientes por identificar.

	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo. El Tesorero proporciona diariamente la información bancaria, permitiendo a la profesional y la auxiliar administrativa verificar los movimientos bancarios relacionados con los pagos realizados por aseguradoras o particulares. Posteriormente, tras la conciliación con el departamento de Contabilidad, el Tesorero informa a Cartera sobre las partidas que aún están pendientes de identificación.

- AP-GFI-CR-R3-C1: Las auxiliares administrativas y el profesional de cartera realiza el proceso de entrega de información cada que una entidad este en liquidación. El profesional de cartera tiene comunicación permanente con la Supersalud y entes de control, a través de las mesas de las circulares 030, mesa de flujo de recursos de la Supersalud.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es Efectivo. Debido a que tanto las auxiliares administrativas como el profesional de cartera llevan a cabo la entrega de información cada vez que una entidad se encuentra en proceso de liquidación. Además, se dispone de respaldos detallados de los compromisos de depuración y acuerdos de pago que surgen durante las mesas de saneamiento, específicamente en el marco de la Circular 030 y las conciliaciones bancarias.

- AP-GFI-CR-R4-C1: El líder de contabilidad cada mes debe pasar las conciliaciones bancarias a la líder de tesorería y de cartera para identificar las partidas pendientes y la líder de tesorería realizar la gestión con el banco y disminuir las partidas pendientes por identificar.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es evaluado parcialmente efectivo. La efectividad se considera parcial, a pesar de que el líder de contabilidad realiza mensualmente la entrega de las conciliaciones bancarias a las líderes de tesorería y cartera para identificar partidas pendientes, la líder de tesorería gestiona con el banco para reducir las partidas pendientes por identificar, aún persisten algunas partidas sin identificar.

- AP-GFI-CR-R4-C2: La profesional universitaria de cartera pasa semanalmente el informe de las facturas sin radicar en el sistema a la líder de facturación quien deben validarlas y proceder a la radicación efectiva y oportuna.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es parcialmente efectivo. Dado que la profesional universitaria de cartera envía semanalmente un informe de las facturas no radicadas en el sistema a la líder de

	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

facturación, quien valida y realiza la radicación de manera efectiva y oportuna. No obstante, se identifican algunas facturas que aún no han sido radicadas.

- AP-GFI-CR-R4-C3: El líder de auditoria médica, debe garantizar que su equipo de trabajo realice las notas crédito de las conciliaciones que se realicen.



La efectividad queda asegurada gracias a la supervisión del líder de auditoría médica, quien se encarga de garantizar que su equipo realice de manera oportuna las notas crédito correspondientes a las conciliaciones efectuadas en la institución.

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del subsistema, al respecto cabe anotar, que el subsistema Financiero deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de los controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Posibilidad de falta de efectivo debido a la inoportunidad del pago por parte de las entidades responsables de pago y particulares.
- Posibilidad de concentración del riesgo en créditos debido a que la entidad tiene una exposición significativa a un solo deudor. (Savisalud).

d. Recomendación.

- Realizar una revisión exhaustiva de los procedimientos actuales relacionados con la identificación de pagos. Asegurarse de que los pasos para la identificación de cuentas estén claramente definidos y documentados.
- Reforzar los controles en la fase de verificación de soportes por parte de los pagadores antes de aplicar los pagos. Esto podría incluir la implementación de criterios más detallados para asegurar que todos los elementos necesarios estén presentes y correctamente registrados.
- Explorar la posibilidad de utilizar herramientas tecnológicas que puedan agilizar y automatizar el proceso de identificación de pagos. La implementación de sistemas más avanzados puede contribuir a una mayor precisión y eficiencia
- Establecer una comunicación con el banco para abordar cualquier discrepancia o falta de información relacionada con los pagos. Una colaboración más estrecha puede facilitar la resolución rápida de problemas y mejorar la precisión en la identificación de cuentas.

- Establecer un sistema de seguimiento específico para las cuentas que aún no han sido debidamente identificadas. Esto facilitará un monitoreo continuo y la adopción de medidas correctivas oportunas.
- Realizar una revisión integral del proceso de radicación de facturas, desde la identificación inicial hasta la radicación efectiva. Esta revisión permitirá identificar posibles brechas en el sistema y garantizar una mayor exhaustividad en la inclusión de todas las facturas.
- Para mejorar la detección temprana de facturas no radicadas, se sugiere la implementación de herramientas automáticas de monitoreo en el sistema. Estas herramientas pueden alertar sobre cualquier factura que esté pendiente de radicación, permitiendo una acción inmediata por parte del equipo de facturación. La automatización puede mejorar la eficiencia y reducir la probabilidad de omisiones.
- Ajustar matriz de los riesgos de liquidez con sus controles causa y consecuencias.
- Crear un procedimiento para la planeación del proceso gestión de tesorería.

Observación de Auditoría Interna N°11.

a. Descripción.

Riesgos de Seguridad Digital.

La auditoría observa que se han descrito de manera técnica los siguientes **riesgos de seguridad digital**:

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de la integridad y confidencialidad por el inadecuado uso de un activo como las carpetas compartidas en todos los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de confidencialidad por el uso inadecuado de un activo como el Sistema de información SAP- ERP- ISH en los procesos institucionales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de disponibilidad por el inadecuado mantenimiento de un activo como el Data Center.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de disponibilidad por el inadecuado mantenimiento de activos como los servidores virtuales.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de disponibilidad e integridad de la información institucional debido a una infección masiva del malware tipo ransomware o 'secuestro de datos'.

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a los errores humanos en la administración y configuración de plataforma informática
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la indisponibilidad que podría ocasionar la plataforma de PACS Y RIS sin soporte en el servicio de Imagenología
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por perdida de disponibilidad en la plataforma por suspensión del soporte de los servicios.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por perdida de disponibilidad por movimientos realizados en el DataCenter sin autorización

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- AP-INF-TI-R1-C1. El líder o dueño de la carpeta compartida deberá enviar correo a la mesa de ayuda, autorizando el tipo de permiso (lectura y/o escritura), junto con el rol a desempeñar y relacionar junto con el usuario e informar por correo electrónico a la mesa de ayuda, el retiro o cambio de empleo de los usuarios de la carpeta cada que se presente.
- AP-INF-TI-R1-C2. El líder de sistemas deberá ajustar la política de Gobierno digital garantizando que en esta quede incluida la política de control de acceso.
- AP-INF-TI-R2-C1. El líder de sistemas junto con la profesional Universitaria de comunicaciones realizara una campaña comunicacional a los empleados sobre la conciencia en el cierre de la sesión de las aplicaciones y cada semana en la visita de calidad el líder de sistemas evaluará el cumplimiento de un ítem de seguridad relacionado con el cierre de este y hará seguimiento al plan de mejoramiento que surja del servicio que demuestre incumplimiento en el mismo.
- AP-INF-TI-R3-C1. El líder de sistemas reporta en el Sistema de Información Keeper a las áreas de infraestructura y/o mantenimiento las fallas presentadas en las instalaciones del data center, El profesional U arquitecto garantiza el adecuado mantenimiento a la infraestructura física para evitar humedades que afecten el funcionamiento del Data Center y El profesional U ingeniero de mantenimiento deberá garantizar el mantenimiento preventivo de las UPS del Data Center a fin de que garantice unos tiempos adecuados que permitan maniobrar cualquier alteración en el fluido eléctrico.
- AP-INF-TI-R4-C1. El director de apoyo logístico deberá gestionar oportunamente la adquisición de bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de la infraestructura tecnológica, para el reemplazo por obsolescencia de los servidores virtuales.

- AP-INF-TI-R5-C1 El líder de sistemas mediante la gestión de las vulnerabilidades que realización 3 meses se verificará que las plataformas críticas de la entidad se encuentren actualizadas
- AP-INF-TI-R5-C2 El profesional de comunicaciones y el líder de sistemas, deberá generar campañas de sensibilización a los usuarios para sensibilizarlos.
- AP-INF-TI-R5-C3 El líder de sistemas deberá verificar que se estén ejecutando los Backup periódicos conforme a las políticas definidas por el área
- AP-INF-TI-R6-C1 El líder de sistemas exige que el personal que labore dentro del área de sistemas sea capacitado en las plataformas que se van a manejar
- AP-INF-TI-R6-C2. El líder de sistemas recordara los procedimientos periódicamente.
- AP-INF-TI-R6-C3. El líder sistemas realizara despliegues sobre los procesos del hospital.
- AP-INF-TI-R7-C1. La dirección de apoyo logístico deberá gestionar oportunamente la adquisición de bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de la infraestructura tecnológica, para el reemplazo por obsolescencia de RIS Y PACS.
- AP-INT-R8-C1: La dirección financiera deberá dar cumplimiento a las obligaciones contractuales del pago oportuno de los proveedores.
- AP-INF-R9-C1: La dirección de apoyo logístico deberá gestionar y reportar al líder de sistemas cada que se autorice el acceso que tienen las personas al datacenter.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el subsistema riesgo de seguridad digital se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022



El subsistema riesgo de seguridad digital cuenta con 9 riesgos y 14 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- AP-INF-TI-R1-C1. El líder o dueño de la carpeta compartida deberá enviar correo a la mesa de ayuda, autorizando el tipo de permiso (lectura y/o escritura), junto con el rol a desempeñar y relacionar junto con el usuario e informar por correo electrónico a la mesa de ayuda, el retiro o cambio de empleo de los usuarios de la carpeta cada que se presente.



Es efectivo. La eficacia de este procedimiento radica en que el líder o propietario de la carpeta compartida debe enviar un correo a la mesa de ayuda, autorizando el tipo de permiso (lectura y/o escritura), especificando el rol a desempeñar y asociando esta información con el usuario correspondiente. Asimismo, se requiere notificar a la mesa de ayuda por correo electrónico cualquier retiro o cambio de empleo de los usuarios de la carpeta tan pronto como se produzcan.

- AP-INF-TI-R1-C2. El líder de sistemas deberá ajustar la política de Gobierno digital garantizando que en esta quede incluida la política de control de acceso.



La efectividad de la evaluación se considera parcial, ya que, si bien la política digital está actualizada, aún queda por definir de manera específica en cuál de las políticas de control de acceso se incluirá la descripción detallada del control.

- AP-INF-TI-R2-C1. El líder de sistemas junto con la profesional Universitaria de comunicaciones realizara una campaña comunicacional a los empleados sobre la conciencia en el cierre de la sesión de las aplicaciones y cada semana en la visita de calidad el líder de sistemas evaluará el cumplimiento de un ítem de seguridad relacionado con el cierre de este y hará seguimiento al plan de mejoramiento que surja del servicio que demuestre incumplimiento en el mismo.



Es efectivo. Se han llevado a cabo campañas comunicacionales en la intranet, y durante las visitas de calidad, el líder de sistemas evalúa el cumplimiento de las normas de seguridad. Además, se ha implementado con éxito el bloqueo automático del equipo, el cierre de sesión de aplicaciones tras 5 minutos de inactividad, y se ha eliminado la posibilidad de múltiples logueos simultáneos en SAP.

- AP-INF-TI-R3-C1. El líder de sistemas reporta en el Sistema de Información Keeper a las áreas de infraestructura y/o mantenimiento las fallas presentadas en las instalaciones del data center, El profesional U arquitecto garantiza el adecuado mantenimiento a la infraestructura física para evitar humedades que afecten el funcionamiento del Data Center y El profesional U ingeniero de mantenimiento deberá garantizar el mantenimiento preventivo de las UPS del Data Center a fin de que garantice unos tiempos adecuados que permitan maniobrar cualquier alteración en el fluido eléctrico.



Es efectivo. La efectividad está respaldada por varias medidas clave. El sistema de información Keeper se utiliza para reportar las fallas en el DataCenter, asegurando una rápida detección y respuesta. Además, el arquitecto, garantiza un mantenimiento adecuado de la infraestructura física para prevenir humedades que puedan afectar el funcionamiento del Data Center. Por otro lado, el ingeniero de mantenimiento se encarga de llevar a cabo el mantenimiento preventivo de las UPS del Data Center, asegurando tiempos adecuados que permitan manejar cualquier alteración en el suministro eléctrico de manera eficiente.

- AP-INF-TI-R4-C1. El director de apoyo logístico deberá gestionar oportunamente la adquisición de bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de la infraestructura tecnológica, para el reemplazo por obsolescencia de los servidores virtuales.



La efectividad se respalda con la presencia de una plataforma totalmente actualizada, respaldada por el soporte integral de todos sus componentes, tanto de software como de hardware. Además, se ha implementado una configuración redundante para dichos elementos, lo que asegura niveles de disponibilidad elevados y una mayor continuidad operativa.

- AP-INF-TI-R5-C1 El líder de sistemas mediante la gestión de las vulnerabilidades que realización 3 meses se verificará que las plataformas críticas de la entidad se encuentren actualizadas



La efectividad se demuestra mediante la implementación de un indicador de vulnerabilidades para su gestión, el cual se comparte y revisa en el plan de acción cada dos meses. Esto respalda la efectividad del enfoque adoptado para abordar las vulnerabilidades en curso.

- AP-INF-TI-R5-C2 El profesional de comunicaciones y el líder de sistemas, deberá generar campañas de sensibilización a los usuarios para sensibilizarlos.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad se refleja en la disponibilidad de recursos educativos, como materiales de sensibilización, diseñados para abordar riesgos específicos relacionados con la seguridad digital.

- AP-INF-TI-R5-C3 El líder de sistemas deberá verificar que se estén ejecutando los Backup periódicos conforme a las políticas definidas por el área

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es evaluado parcialmente efectivo ya que, aunque el líder de sistemas supervisa periódicamente la ejecución de los backups, se identifica una carencia en la disponibilidad de cintas de respaldo para el envío seguro y almacenamiento de estos respaldos.

- AP-INF-TI-R6-C1 El líder de sistemas exige que el personal que labore dentro del área de sistemas sea capacitado en las plataformas que se van a manejar.

Inefectivo Control con mejoras significativas

La efectividad se evalúa como inefectiva debido a que el personal contratado carece de la experiencia y competencia necesarias para la administración de la plataforma. Además, no poseen experiencia en el sector salud y carecen de conocimientos en las herramientas tecnológicas utilizadas por la entidad.

- AP-INF-TI-R6-C2. El líder de sistemas recordara los procedimientos periódicamente.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad se confirma, ya que el líder de sistemas lleva a cabo capacitaciones para el personal del área, centradas en los procedimientos específicos del proceso.

- AP-INF-TI-R6-C3. El líder sistemas realizara despliegues sobre los procesos del hospital.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

La efectividad está respaldada por las acciones del líder de sistemas, quien realiza despliegues semanales de los procesos y sistemas del hospital.

- AP-INF-TI-R7-C1. La dirección de apoyo logístico deberá gestionar oportunamente la adquisición de bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de la infraestructura tecnológica, para el reemplazo por obsolescencia de RIS Y PACS.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Inefectivo Control con mejoras significativas

La efectividad se evalúa como inefectiva debido a que el riesgo se materializó con la desactualización de PACS y RIPS, causada por la falta de adquisición de bienes y servicios necesarios para el adecuado funcionamiento de la infraestructura tecnológica.

- AP-INT-R8-C1: La dirección financiera deberá dar cumplimiento a las obligaciones contractuales del pago oportuno de los proveedores.

Inefectivo Control con mejoras significativas

La efectividad se considera inefectiva, ya que el riesgo de disponibilidad de soporte se materializó debido a la falta de contratación y pago al proveedor correspondiente.

- AP-INF-R9-C1: La dirección de apoyo logístico deberá gestionar y reportar al líder de sistemas cada que se autorice el acceso que tienen las personas al DataCenter.

Inefectivo Control con mejoras significativas

La efectividad se considera inefectiva, ya que la dirección de apoyo logístico no ha reportado el listado de personal autorizado para el ingreso al centro de datos

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del subsistema, al respecto cabe anotar, que el subsistema Financiero deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Posibilidad de Fuga de Información por Amenazas Interna debido a que empleados internos, de manera intencionada o no intencionada, divulguen información sensible.
- Posibilidad incumplimiento legal y normativo debido al inadecuado manejo de datos personales, incumplimiento de normas de privacidad y seguridad, y la no conformidad con estándares específicos de la industria

d. Recomendación.

- Realizar una revisión detallada de las políticas de control de acceso existentes, con el objetivo de identificar la ubicación más apropiada para la inclusión de la

descripción detallada del control. Este proceso garantizará que la información esté correctamente alineada y fácilmente accesible para el personal pertinente.

- Realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades de respaldo y revisar el inventario de cintas disponibles. Asegurarse de mantener un suministro adecuado de cintas para respaldar la frecuencia y volumen esperado de los respaldos. Esto garantizará la disponibilidad constante de medios para el envío seguro y almacenamiento de respaldos.
- Considerar la implementación de soluciones de almacenamiento alternas, como almacenamiento en la nube o dispositivos de almacenamiento externo, como medida complementaria. Esto proporcionará una capa adicional de redundancia y facilitará un acceso más ágil a los respaldos en caso de que las cintas no estén disponibles. La diversificación de las opciones de almacenamiento contribuirá a mejorar la eficacia del proceso de respaldo.
- Llevar a cabo un programa integral de capacitación y desarrollo para el personal recién contratado, centrado en la adquisición de las habilidades y conocimientos específicos necesarios para la administración efectiva de la plataforma. Este programa debería incluir módulos especializados en las herramientas tecnológicas utilizadas por la entidad y proporcionar una orientación detallada sobre los requisitos y particularidades del sector salud.
- Considerar la posibilidad de contratar personal con experiencia previa en el sector salud y conocimientos específicos en las herramientas tecnológicas relevantes para garantizar una administración más eficiente y alineada con las necesidades de la entidad.
- Implementar un plan de actualización y adquisición de bienes y servicios de manera prioritaria para el sistema PACS y RIPS. Este plan debería incluir una evaluación exhaustiva de las necesidades actuales, la identificación de proveedores confiables y la asignación de recursos financieros adecuados. La ejecución oportuna de este plan permitirá evitar la desactualización futura y garantizará el funcionamiento efectivo de la infraestructura tecnológica. Además, se recomienda establecer un proceso de monitoreo continuo para evaluar la efectividad de la actualización y asegurar la sostenibilidad a largo plazo del sistema, mitigando así el riesgo de desactualización.

Observación de Auditoría Interna N° 12.

a. Descripción.

Riesgo Actuarial.

El hospital ha desarrollado un manual integral de gestión de riesgos actuariales con el objetivo de establecer un marco estructurado y estratégico para la identificación, evaluación y gestión de los riesgos. Este manual abarca desde la identificación hasta el seguimiento, siguiendo la metodología adoptada por la institución. Su aplicabilidad se extiende a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, incluyendo a terceros

que contribuyen al logro de los objetivos estratégicos, proyectos, programas y procedimientos. La implementación de este manual recae en la subgerencia asistencial y la dirección financiera.

En el momento de llevar a cabo la auditoría, aún está pendiente la implementación completa del manual de gestión de riesgos actuariales, que abarca desde la identificación inicial hasta el tratamiento y control de los riesgos.

b. Criterios.

- Política de Riesgos.
- Manual subsistema de riesgo actuarial.

c. Riesgo.

- Posibilidad de sanciones administrativas y legales debido a los cambios en la legislación y normativas que rigen el subsistema actuarial, lo cual puede afectar las obligaciones financieras y los requisitos de reporte.
- Posibilidad de variabilidad en la población asegurada debido a fluctuaciones imprevistas en la composición y características de la población asegurada
- Posibilidad de cambios en las Políticas de Reembolso y Financiamiento debido a la reforma de la salud y a las políticas gubernamentales, seguros de salud u otras fuentes de financiamiento pueden tener un impacto directo en los ingresos del hospital.

d. Recomendación.

- Asignar recursos para la implementación completa del manual de gestión de riesgos actuariales. Esto implica enfocarse especialmente en la fase pendiente, desde la identificación inicial hasta el tratamiento y control de riesgos, asegurando así la cobertura integral del proceso.
- Establecer y desarrollar un plan de acción que establezca plazos específicos para la implementación de cada fase del manual.
- Capacitar al personal responsable de la implementación, es esencial proporcionar capacitación y recursos adecuados al personal encargado de la implementación, en este caso, la subgerencia asistencial y la dirección financiera. Garantizar que comprendan completamente el manual, su importancia y los procedimientos asociados ayudará a asegurar una ejecución efectiva y alineada con los objetivos estratégicos del hospital.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 13.

a. Descripción.

Riesgo Clínico.

La gestión de riesgos clínicos busca identificar, evaluar y mitigar los posibles peligros para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. Además, involucra la implementación de estrategias y prácticas que prevengan o reduzcan la ocurrencia de eventos adversos. La evaluación constante de los procesos clínicos, el aprendizaje de eventos pasados, la adopción de tecnologías seguras, y la formación continua del personal asistencial son algunas de las medidas que se toman para abordar los riesgos clínicos y mejorar la seguridad en el ámbito de la salud.

La gestión de los riesgos clínicos en el Hospital General de Medellín se desarrolla e implementa bajo el Programa de Seguridad del Paciente, que contiene las herramientas para la identificación de acciones o situaciones que afecten la seguridad del paciente en el proceso de atención en salud, permitiendo a su vez el análisis causal y sus acciones de mejoramiento para disminuir su frecuencia y así fortalecer la gestión del riesgo en busca de procesos de atención seguros. Para ello se ha definido la Política de Seguridad del Paciente y se implementa con el Programa de Seguridad del Paciente.

b. Criterios.

- Política de Seguridad del Paciente.
- Programa de Seguridad del Paciente.

c. Riesgo.

- Probabilidad de pérdida de confianza debido a la falta de medidas efectivas para prevenir eventos adversos que puede afectar la reputación del hospital.

d. Recomendación.

- Se logra el objetivo general de implementar un Sistema de Gestión Integral de Riesgos adoptando y adaptando los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Departamento Administrativo de la Función Pública, encontrándose en proceso incluir los riesgos en la caracterización de los procesos y definir el perfil de riesgos institucional.
- Implementar programas de capacitación para el personal del Hospital General de Medellín en el ámbito de la gestión de riesgos clínicos. Hay que asegurar que todos los profesionales de la salud estén debidamente formados en la identificación, análisis y manejo de riesgos lo cual ayuda a una implementación más efectiva del Programa de Seguridad del Paciente. Además, la formación continua permitirá mantener al personal actualizado sobre las mejores prácticas y las nuevas herramientas disponibles para fortalecer la seguridad del paciente.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- Crear un ambiente que promueva la comunicación abierta y la retroalimentación constructiva permitiendo obtener información valiosa desde el nivel operativo, facilitando así la implementación de acciones de mejora más específicas y orientadas a la realidad clínica del hospital. Incentivar la cultura de la mejora continua fortalecerá la gestión de riesgos clínicos en busca de procesos de atención más seguros.

e. Posición del auditado.

f. Plan de mejoramiento.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

IV. CONCLUSIONES.

- Se logra el objetivo general de implementar un Sistema de Gestión Integral de Riesgos adoptando y adaptando los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Departamento Administrativo de la Función Pública, encontrándose en proceso incluir los riesgos en la caracterización de los procesos y definir el perfil de riesgos institucional.
- El índice de madurez de la gestión de riesgos para ISO 31.000, para el año 2023 obtuvo un resultado de 4.2, el cual corresponde a una medición de madurez Efectiva.
- Se evidencian avances en la construcción del SICOF al tener ya definidos el Manual de Políticas, formato de investigación de eventos, el instructivo de registro de investigación de eventos, y se definió la Metodología de las etapas del SICOF.
- La implementación del sistema integral de riesgos en el hospital ha demostrado una integración efectiva de procesos a lo largo de la institución. Esto se refleja en la aplicación coordinada de herramientas y protocolos para la identificación, evaluación y gestión de riesgos en todos los niveles, desde la atención directa al paciente hasta los aspectos administrativos.
- El sistema integral de riesgos ha permitido un enfoque holístico en la seguridad del paciente. Al incorporar la gestión de riesgos clínicos, operativos y estratégicos, se ha logrado una atención médica más segura y una reducción significativa de eventos adversos, contribuyendo a la mejora continua de la calidad asistencial.
- La institución ha adoptado prácticas de mejora continua gracias al sistema integral de riesgos. La capacidad de identificar áreas de oportunidad, analizar causas raíz y aplicar acciones correctivas ha resultado en una cultura organizacional orientada a la excelencia, donde la gestión de riesgos se ve como una herramienta para la evolución constante.
- El sistema integral de riesgos no solo ha mejorado la seguridad y la calidad de la atención médica, sino que también ha contribuido a la sostenibilidad institucional. La anticipación y gestión proactiva de riesgos estratégicos y operativos han fortalecido la resiliencia del hospital, asegurando su capacidad para adaptarse a los cambios y desafíos del entorno de la salud.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez socializado el Informe de Auditoría, el responsable del proceso auditado elabora con su grupo de trabajo el Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, para lo cual dispondrá de 10 días hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance bimestral.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento semestral del Plan de Mejoramiento a la segunda línea y presentará el Informe correspondiente; además se realizará una labor de acompañamiento del proceso auditado.

VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

Documento elaborado y revisado por:
Equipo Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

María Janneth Agudelo Arango
Profesional de Auditoría Interna
Karina Marina Ruiz De la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
Julio E. Suescún Montoya
Técnico Auditoría



Elaboró: **María Janneth Agudelo Arango**
Profesional de Auditoría Interna.

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio E. Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría

Revisó: **William Alberto Higueta Lopera,**
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 23 de diciembre de 2023