

Medellín, 20 de agosto de 2025

Doctor
CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLOREZ
Gerente
ESE Hospital La María
Medellín

Asunto: Informe de Evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos de la ESE Hospital La María – junio 2025.

Cordial Saludo,

En cumplimiento de las funciones dadas a través de la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 648 de 2017 y la normatividad vigente, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación del nivel de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus diferentes subsistemas en la ESE Hospital La María, con corte al mes de junio de 2025, de acuerdo con lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud por medio de las Circulares Externas 009 de 2016, 003 de 2018, 004-5 de 2021, 005-5 de 2021 y 053-5 de 2022. Lo anterior, incluyó la herramienta de autodiagnóstico proporcionado por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, de cara al cumplimiento de los lineamientos normativos que en la materia ha expedido esta Entidad de vigilancia y control.

Para la evaluación y resultados del grado de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIAR, la Oficina de Control Interno tuvo en cuenta los resultados e informe aportado por la Oficina de Planeación Institucional con corte a junio 30 de 2025 y los resultados de Informes de Seguimiento elaborados y presentados al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICC- y a la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. Hospital La María, a los criterios evaluados y a las demás verificaciones realizadas por la Oficina de Control Interno con el fin de obtener la evidencia que dan lugar a determinar finalmente el nivel de implementación del Sistema de Riesgos hasta la fecha antes referenciada.

Cordialmente, queremos compartirle el resultado de esta evaluación que consideramos es un insumo importante para las acciones que debe emprender la Entidad, para dar cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en concordancia con las normas aplicables.

Atentamente,

JUAN CARLOS BARREIRO

Jefe de control interno

Anexo lo enunciado.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Luz Marleny Molina Tabares, Asesor Oficina de Control Interno		31-07-2025
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		20-08-2025
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		20-08-2025

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

INFORME

EVALUACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR Y CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA

Al mes de junio de 2025

SEGUIMIENTO SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR Y CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

I. ASPECTOS GENERALES.

1. OBJETIVO:

Verificar el cumplimiento de las circulares emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud sobre la implementación del Sistema Integrado de Administración del Riesgo, partiendo del nivel de implementación del Sistema Integrado de Riesgos reportado por la Oficina de Control Interno al Comité Institucional de Control Interno – Sesión del Mes de Abril de 2025 y a la Junta Directiva en el mes de mayo de 2025.

2. ALCANCE:

La Oficina de Control Interno realiza una evaluación del nivel de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los diferentes subsistemas en la ESE Hospital La María con corte al mes de junio de 2025 teniendo en cuenta lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud por medio de las Circulares Externas 009 de 2016, 003 de 2018, 004-5 de 2021, 005-5 de 2021 y 053-5 de 2022 y partiendo de los resultados de las evaluaciones realizadas a septiembre y diciembre de 2024 y de las evidencias reportadas por la Oficina de Planeación y las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno donde se evaluó la gestión de los riesgos de los procesos auditados, todo con corte a junio de 2025.

3. DOCUMENTACIÓN REVISADA (CRITERIOS):

Nº	CRITERIO	OBJETO	DOCUMENTACIÓN
1	SUPERSALUD - CIRCULAR EXTERNA 0003 DEL 24 DE MAYO DE 2018	INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACION DE MEJORES PRACTICAS ORGANIZACIONALES - CODIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO IPS DE LOS GRUPO CI Y 02.	CO-DIE-01 Código de Buen Gobierno y de Integridad, versión 001, de septiembre de 2022 Resolución 315 del 29 de mayo de 2019 Acta Junta Directiva 006 de 2022 (mención del documento dentro del Sistema de Gestión de Riesgos)
2	SUPERSALUD - CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2021 Autodiagnóstico lineamientos específicos de los subsistemas de Administración del Riesgos de: Autodiagnóstico de lineamientos generales del SIGR y del Código de Conducta y Buen Gobierno	Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LAFT/FPADM. • Corrupción, Opacidad Y Fraude - SICOF. • Priorizados de Riesgo Operacional, Salud. • Otros Riesgos: Liquidez, Crédito y cartera, Reputacional y Actuarial • Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE. 	Política de Gestión de Riesgos Mapa de Riesgos Integrado Mapa de Riesgos de Corrupción Resolución 112 de 2022 Acta Junta Directiva 006 de 2022 (mención del documento dentro del Sistema de Gestión de Riesgos) Acta Comité de Gerencia N°17 de 2022 (socialización del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos)

Tabla N°1. Alcance de la revisión (criterios). Fuente: Creación propia. Elaboró: OCl.

II. SEGUIMIENTO SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR-SUBSISTEMAS

1. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA - LA/FT/FPADM SARLAFT.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	SARLAFT	
Cumplidos	38	95%
En proceso	2	5%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	40	100%



Gráfico N°1. Resultado autodiagnóstico Riesgo SARLAFT. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Implementación de procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores).
- Evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT/FPADM, mediante auditorías internas.

2. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF

SISTEMA/ SUBSISTEMA	SICOF	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	38	100%
En proceso	0	0%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	38	100%



Gráfico N°2. Resultado autodiagnóstico Riesgo SICOF. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Incluir en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial los aspectos contemplados en el SICOF.
- El Oficial de Cumplimiento debe continuar con la labor de responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y apoyarse en el Programa de Transparencia y Ética Pública.

3. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	RIESGO SALUD	
	Evidencia Inicial	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	16	100%
En proceso	0	0%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	16	100%



Gráfico N°3. Resultado autodiagnóstico Riesgo en Salud. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCl.

Fortaleza:

- De acuerdo con el diligenciamiento del instrumento de Autodiagnóstico y una vez revisadas las evidencias aportadas, las 16 respuestas referentes a la Administración del Riesgo en Salud fueron positivas, lo que se traduce en el cumplimiento del 100% en lo referente al Subsistema, lo que determina una fortaleza para la prestación de los servicios de salud, por el grado de cumplimiento del mismo, denotando cumplimiento del objeto misional de la Entidad.

4. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL – SARO.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	SARO	
	Evidencia Inicial	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	10	100%
En proceso	0	0%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	10	100%



Gráfico N°4. Resultado autodiagnóstico Riesgo SARO. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCl.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Identificación permanente de eventos que pueden afectar la operación y la continuidad de la prestación de servicios de salud

5. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	RIESGO LIQUIDEZ	
	Evidencia Inicial	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	18	90%
En proceso	2	10%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	20	100%



Gráfico N°5. Resultado autodiagnóstico Riesgo de Liquidez. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCl.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Implementar mejoras en la entidad del modelo de flujo de caja - propio modelo de liquidez o proyecciones de flujos de caja, el cual debe estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Mejorar modelos de liquidez que incorporan escenarios de stress y back testing como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerles ajustes posteriores o mejoras.

6. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	RIESGO DE CRÉDITO	
	Evidencia Inicial	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	14	82%
En proceso	3	18%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	17	100%



Gráfico N°6. Resultado autodiagnóstico Riesgo de Crédito. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCl.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Implementar medidas adicionales para la clasificación de seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitidas por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo como para el emisor
- Monitorear y realizar seguimiento permanente de factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo
- Fortalecer las políticas para la fijación de porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

7. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	RIESGO DE ACTUARIAL	
	Evidencia Inicial	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	11	85%
En proceso	2	15%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	13	100%



Gráfico N°7. Resultado autodiagnóstico Riesgo Actuarial. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Fortalecer el empleo de pruebas de stress-testing
- Fortalecer el empleo de pruebas de back-testing

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	PROGRAMA TRANSPARENCIA	
	Evidencia Inicial	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	11	73%
En proceso	4	27%
Sin cumplir	0	0%
Total Ítems Evaluados	15	100%



Gráfico N°7. Resultado autodiagnóstico PTEE. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Aprobar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE por la Junta Directiva.
- Establecer una estrategia de comunicación para garantizar la divulgación del PTEE entre los empleados, asociados, contratistas y la ciudadanía en general.
- Presentar propuesta del Programa de Transparencia y Ética Empresarial con el Representante Legal, para aprobación de la Junta Directiva, por parte de la persona encargada de la administración del PTEE.

III. SEGUIMIENTO SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR- GOBIERNO CORPORATIVO

1. GOBIERNO CORPORATIVO FORMULARIO GT001

Teniendo en cuenta que la Circular Externa 0003 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, contiene las instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales - Código de Conducta y Buen Gobierno para IPS de los Grupos C1 y C2.

El Código de Conducta y de Buen Gobierno, se define como un conjunto de medidas concretas para las IPS, en materia de: **(i) Máximo Órgano Social, (ii) Órganos de Administración, (iii) Órganos de Control, (iv) Grupos de Interés, (v) Revelación de Información y, (vi) Pautas de Conducta.** (Resaltado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la esencia del Código de Conducta y de Buen Gobierno inicialmente, fue la implementación voluntaria de las medidas, sin embargo, estas se hicieron de adopción obligatoria mediante la Circular Externa 04-5 de 2021, de acuerdo con lo contemplado en el Capítulo I de la citada norma que establece:

"Para la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en las entidades, se debe tener en cuenta las medidas mencionadas en la Circular Externa 003 de 2018 o las que la modifiquen, sustituyan o eliminen para su implementación"

En este sentido, La Oficina de Control Interno realizó la verificación y evaluación del Código de Buen Gobierno e Integridad vigente y publicado en el sitio Web <https://lamaria.gov.co/politica-proteccion-de-datos/> y la información consignada en el formato GT001 dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS -, frente a las evidencias aportadas por la Oficina de Planeación con corte al mes de junio de la presente vigencia y las fuentes documentales disponibles en la Entidad (Sitio Web, Manuales, Políticas, Procesos y Procedimientos).

Por lo anteriormente expuesto, el desarrollo e implementación adecuada del Código de Buen Gobierno tiene el potencial de generar importantes lineamientos institucionales, que, a su vez, permitirán una mejor atención a los usuarios y a los

diferentes grupos de interés, a la vez que contribuirá al fortalecimiento de la confianza de los ciudadanos en la E.S.E. Hospital La María.

En este sentido, se contrastaron los aspectos antes descritos frente a las acciones y las herramientas disponibles en la Entidad referentes al Código de Buen Gobierno e Integridad, se logró constatar que se implementaron las siguientes acciones tendientes al fortalecimiento y mejoramiento continuo del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en la Entidades:

- Campaña de promoción de valores institucionales.
- Informes y seguimientos al Sistema de Atención al Usuario – SIAU.
- Rendición de cuentas a la comunidad.
- Seguimiento y Evaluación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Realización de Auditorías a los Procesos entre los que se cuenta Gestión del Talento Humano.
- Elaboración del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- Actualización del Estatuto y Manual de Contratación de la Entidad.
- Cumplimiento de la constitución y operatividad de los comités institucionalizados.
- Establecimiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIAR con seguimiento y monitoreo mediante Matriz en Excel y diseño de aplicativo para la gestión de los riesgos por subsistema y por proceso.

La Oficina de Control Interno realiza las siguientes recomendaciones y observaciones, con el fin de que sean tenidas en cuenta para establecer las acciones que conduzcan a fortalecer el Sistema de Gobierno Corporativo:

RECOMENDACIÓN.

- Realizar revisión permanente del Código de Buen Gobierno e Integridad de la ESE Hospital La María, con el fin de incluir aspectos que se generen por la expedición de la normatividad aplicable o por las consideraciones que aporten los servidores de la Entidad y relacionada con los riesgos institucionales (la mejora continua de las herramientas implementadas para la gestión de los mismos), el fortalecimiento de las herramientas de información pública y atención al ciudadano, el desarrollo de las actividades establecidas en los diferentes planes institucionales, especialmente, el Programa de Transparencia y Ética Pública.
- Aplicar periódicamente herramientas de autodiagnóstico que permitan el mejoramiento continuo del del Código de Buen Gobierno e Integridad de la ESE Hospital La María.

IV. RESULTADOS DEFINITIVOS DE LA EVALUACIÓN SISTEMA DE RIESGOS (SUBSISTEMAS) Y CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO.

Complementario a los resultados consignados en el presente informe, a continuación, se presentan los resultados de la evaluación realizada por subsistemas, donde se observa que de un total de 169 criterios evaluados 124, es decir, el 73% están en estado cumplidos y 45 están en proceso o sin cumplir, lo que requiere que se establezcan las medidas para la total implementación.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	SARLAFT		SICOF		RIESGO SALUD		SARO	
Estado	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación
Cumplidos	38	95%	36	95%	16	100%	10	100%
En proceso	2	5%	2	5%	0	0%	0	0%
Sin cumplir	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total, Ítems Evaluados	40	100%	38	100%	16	100%	10	100%

SISTEMA/ SUBSISTEMA	LIQUIDEZ		CRÉDITO		ACTUARIAL		PTEE		TOTAL	
Estado	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación
Cumplidos	18	90%	14	82%	11	85%	11	73%	154	91%
En proceso	2	10%	3	18%	2	15%	4	27%	15	9%
Sin cumplir	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total Ítems Evaluados	20	100%	17	100%	13	100%	15	100%	169	100%

V. CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR.

El numeral 5.3 de la Circular Externa 0003 de 2018 establece:

"De conformidad con lo establecido en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en la presente Circular, dará lugar al inicio de procesos

administrativos sancionatorios, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven y las sanciones que puedan imponer otras autoridades administrativas.”

Por su parte, el literal J. de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, contempla:

*“De conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 artículos 130 y 131, modificados por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, **la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta Circular, dará lugar a la imposición de multas hasta de 8000 Salarios Mínimo Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) a entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de ésta Superintendencia, así como a título personal hasta 2000 SMLMV a los Representantes Legales de éstas ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, o a la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas, si a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades competentes y demás facultades sancionatorias que esta Superintendencia tiene bajo el ámbito normativo”.*** (Negrilla fuera de texto)

VI. CONCLUSIONES

1. Con los resultados producto de la evaluación con corte a junio 30 de 2025 del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos de la ESE Hospital La María, se concluye que la totalidad de los criterios establecidos en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 y la Circular Externa 0003 de 2018 están implementados, sin embargo, los criterios evaluados y que a juicio del proceso de evaluación realizado por la Oficina de Control, quedaron catalogados como “En Proceso” tienen la significancia de considerarse criterios implementados en la Entidad, pero, a la vez requieren un proceso de fortalecimiento mediante acciones de mejoramiento que garanticen la permanencia y la madurez del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad.

2. De un universo de **169** criterios evaluados y verificados en el Sistema de Gestión de Riesgos y los respectivos Subsistemas en la E.S.E. Hospital la María, la totalidad de ellos están implementados, dejando constancia que un total de **15** de estos criterios requieren fortalecer las acciones que garanticen **la mejora continua, la madurez y sostenibilidad en el tiempo de este importante sistema de gestión.**

3. En conclusión, de un total de 169 criterios evaluados el 91% están cumplidos totalmente, es decir, 154 criterios y los 15 restantes, es decir, el 9% corresponden a criterios que están en "proceso" significando que a pesar de estar implementados, requieren acciones complementarias para su fortalecimiento, no obstante, la conclusión general es que el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos está implementado en la E.S.E. Hospital La María.

4.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS / SUBSISTEMA	TOTAL	
	Nº	% Participación
Estado		
Cumplidos	154	91%
En proceso	15	9%
Sin cumplir	0	0%
Total, Ítems Evaluados e implementados	169	100%

5. Respecto al Código de Buen Gobierno e Integridad se establece que debe estar en monitoreo y seguimiento constante que permita realizar las acciones de mejora para que siempre permanezca ajustado a los requerimientos de ley conforme a las exigencias de la Supersalud.

VII. RECOMENDACIONES

- 1 Establecer un plan de acción de corto plazo para adelantar las actividades de fortalecimiento a los criterios evaluados como en "proceso" y también las acciones de mejora a la implementación del Código de Buen Gobierno e Integridad, de manera que el Sistema de

Riesgos se ajuste plenamente a las circulares emitidas por la Supersalud en la E.S.E. Hospital La María.

2. Aplicar periódicamente herramientas de autodiagnóstico que permitan el mejoramiento continuo del del Código de Buen Gobierno e Integridad de la ESE Hospital La María.
3. Realizar el seguimiento y monitoreo del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIAR en las herramientas implementadas para tal fin (Matriz en Excel) en la Entidad.
4. Retomar y concluir el Aplicativo para la gestión de los riesgos por subsistema y por proceso que facilite a los líderes y equipos de trabajo el seguimiento a este importante sistema de gestión administrativa – El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Atentamente,

JUAN CARLOS BARREIRO

Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: Informe de evaluación al nivel de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos de la ESE Hospital La María, según la Circular Externa 2021170000004-5 de la Supersalud, con corte al 30 de junio de 2025.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Luz Marleny Molina Tabares, Asesor de Apoyo Oficina de Control Interno		31-07-2025
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		20-08-2025
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro, Jefe Oficina de Control Interno		20-08-2025

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.